



Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires

Situación y respuesta 2019



Buenos
Aires
Ciudad

COORDINACIÓN SALUD SEXUAL, SIDA E ITS
MINISTERIO DE SALUD

Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud de la CABA

Fabián Portnoy

Coordinador

Equipo de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS

Ariel Aguerri, Ana Arévalo, Agostina Bafico, Luciana Betti, Miriam Bruno, Carolina Buceta, Ángeles Capressi, Malala Carones, Evelina Carrizo, Mariela Cuadrado, Gastón De Simone, Jorge Di Leonardo, Adriana Durán, Graciela Fernández Cabanillas, Graciela Giorgetti, Luciana Goldín, Adrián Gómez, Cynthia Hirsch, Martín Hojman, Silvana Lecce, Luciana Marachilán, Viviana Mazur, Grisela Minissale, Sebastián Nardi, Patricia Orge, Claudia Ottobre, Laura Pistani, Agustín Rojo, Alejandro Román, Darío Serantes, Fabiana Trillo, Florencia Vulcano, Silvana Vulcano y Silvana Weller

Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2019

Coordinación editorial: Silvana Weller

Edición: Malala Carones y Agustín Rojo

Paseo Colón 255, 8º piso

Tels: 4339-7976 / 4339-7817

saludreproductiva@buenosaires.gob.ar

Agosto de 2020

Introducción	5
Población	8
Indicadores sociodemográficos	8
Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente	12
Nacimientos de mujeres residentes y partos en hospitales públicos	15
Estimación de población objetivo para el aseguramiento de insumos	21
Acciones Programáticas	23
Nivel Central	23
Nivel local	29
Puntos de acceso o puertas de entrada	29
Utilización de servicios	30
Utilización de servicios I: Provisión de métodos anticonceptivos	31
Metodología para estimar el alcance de la respuesta utilizando el indicador “mujeres con cobertura completa”	33
Metodología para estimar alcances de la respuesta usando el indicador “Años de Mujer Protegida”	34
Anticoncepción quirúrgica	43
Utilización de servicios II: Acceso a la interrupción legal del embarazo	45
Indicadores para el monitoreo de la política de acceso a la ILE	46
Indicadores de calidad de la atención	56

Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires	63
Participantes	70
Trabajos citados	73

INTRODUCCIÓN

En enero del corriente año presentamos la publicación *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2016-2018* (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud. GCBA, 2020). El presente documento es una actualización que muestra los avances ocurridos en el año 2019, destinada de modo prioritario a los equipos de salud quienes son los protagonistas principales de la política porteña de salud sexual y reproductiva (SSyR). Con algunas pequeñas modificaciones se ha conservado la estructura del documento anterior, que puede ser consultado en <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/sexual-y-vih/datos-oficiales-salud-sexual-caba>.

El análisis de situación y respuesta consiste en la sistematización de diferentes fuentes de datos que se proponen captar el estado de implementación de una política en un territorio concreto. El enfoque se basa en el supuesto de la íntima relación entre los indicadores que permiten conocer el estado de una población o sub poblaciones ante un problema y las acciones que se realizan desde el sector de la salud para afrontar esos problemas o necesidades, en un corte de tiempo determinado.

El accionar de los equipos de salud del sistema público trabajan a partir de una realidad que a su vez se va modificando por las acciones sostenidas que realiza. Este punto de partida conceptual fundamenta las dimensiones que se consideran y monitorean en el presente documento.

El modelo de análisis que se inició en el documento anterior (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud. GCBA, 2020) y se continua en el

presente consta de cuatro dimensiones. Estas son los determinantes, la población, las acciones programáticas y la utilización de los servicios.

A continuación se detallan las cuatro dimensiones del análisis y se mencionan algunos indicadores para cada una de ellas así como las principales fuentes para construirlos:

- **DETERMINANTES:** refiere a aquellos elementos que dan cuenta del contexto en el que se desarrolla la respuesta. Estos son la existencia de una política sobre salud sexual y reproductiva (en los distintos niveles nacional, municipal y local), sus características y la sanción de leyes y normativas sobre la materia. Esta información puede ser consultada en las páginas 13 a 22 en <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/sexual-y-vih/datos-oficiales-salud-sexual-caba>
- **POBLACIÓN:** aquí se agruparon aquellos indicadores que nos permiten caracterizar la población objetivo de la política pública, es decir, aquellas personas a quienes el Programa de SSyR tiene que dar respuesta. Los indicadores que incluimos en esta dimensión son los que brindan las **estadísticas vitales** (por ejemplo, fecundidad y nacimientos) que sirven para dar cuenta de los cambios a través del tiempo, así como de la **inequidad y vulnerabilidades específicas** en la ciudad (tipo de cobertura de salud, fecundidad por comuna y por edad). Se incluyen también los criterios y el cálculo de la población objetivo del Programa para el año 2019.
- **ACCIONES PROGRAMÁTICAS:** se refiere al **desarrollo institucional** del Programa o la respuesta en Salud

Sexual y Reproductiva que da el sistema público de salud de la ciudad en sus diferentes niveles de implementación (desde los ministerios o nivel central hasta los establecimientos donde se realiza la política). Algunos de los indicadores aquí incluidos son la **canasta de insumos disponibles para satisfacer las necesidades de las usuarias en materia de salud sexual y reproductiva** (variedad, volumen y composición de los insumos adquiridos) y la **cantidad de establecimientos que brindan respuesta**, esto es las “puertas de entrada” o “puntos de acceso”.

- **UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS:** refiere al “encuentro” entre el sistema de salud y las personas usuarias. En lo referido a la provisión de métodos anticonceptivos, se propone calcular el alcance de las acciones y estimar la proporción de cobertura con relación a la población objetivo. Con respecto a las interrupciones legales del embarazo (ILE), se propone conocer el acceso de la población a ellas e identificar algunas características que hacen a la calidad de la atención brindada.

Algunos indicadores de esta dimensión son: **cantidad de insumos distribuidos** por el Programa a los establecimientos, cálculo de **cantidad de mujeres con cobertura completa**, estimación de **Años de Mujer Protegida**, y **cantidad y calidad de la atención de las interrupciones legales de embarazo** realizadas. Las fuentes fueron los registros administrativos de la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS (CSSSeITS) referidos al movimiento de insumos y las planillas que con carácter semestral envían los establecimientos con la información sobre anticoncepción quirúrgica e interrupciones legales del embarazo.

En documento anexo se presenta, a modo de Resumen Ejecutivo, una tabla que permite observar el comportamiento de algunos indicadores seleccionados para los años 2016-2019.

POBLACIÓN

En esta dimensión se agrupan aquellos indicadores que permiten caracterizar la población objetivo de la política pública, es decir, aquellas personas a quienes el sistema de salud tiene que dar respuesta. Se incluyen estadísticas vitales (fecundidad, natalidad, nacimientos) y hospitalarias (partos en maternidades públicas) junto a otros indicadores que permiten dar cuenta de la inequidad y vulnerabilidades específicas en la ciudad (tipo de cobertura de salud, fecundidad por comuna y por edad).

Por último, se presenta la estimación de población objetivo para provisión de métodos anticonceptivos para el año 2019.

Indicadores sociodemográficos

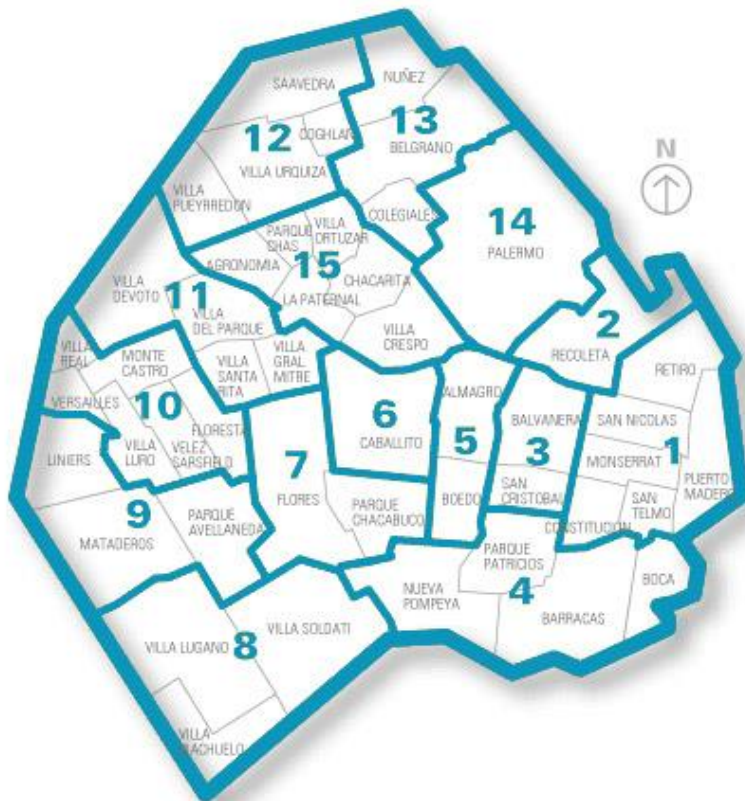
La población estimada para la ciudad de Buenos Aires, en 2019, era de 3.072.029 personas, de las cuales 1.630.679 eran mujeres y 1.441.350 varones. Buenos Aires tiene una gran densidad demográfica (alrededor de 14.000 habitantes por kilómetro cuadrado) y su población residente es la más envejecida del país, con bajas tasas de natalidad y de fecundidad (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019).

Otra característica saliente de la ciudad es que, además de las personas que la habitan, circulan diariamente por lo menos un millón de personas más, que viven en el Conurbano bonaerense. Este gran grupo no sólo trabaja en la ciudad, sino que en general también envía a sus

hijos a las escuelas porteñas y utiliza el sistema de salud para atenderse. Para ilustrar esta situación con un ejemplo referido al campo de la SSyR, basta señalar que en 2019 las maternidades de los hospitales públicos atendieron 19.676 partos (Dirección de Materno Infancia, 2020), de los cuales 11.500 (52%) correspondieron a mujeres residentes (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019). Algo similar ocurre con los egresos de los hospitales públicos, que en 2015 (último dato disponible) fueron 177.663, el 48% de los cuales correspondió a residentes y 41%, a personas domiciliadas en el Conurbano (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019, pág. 209).

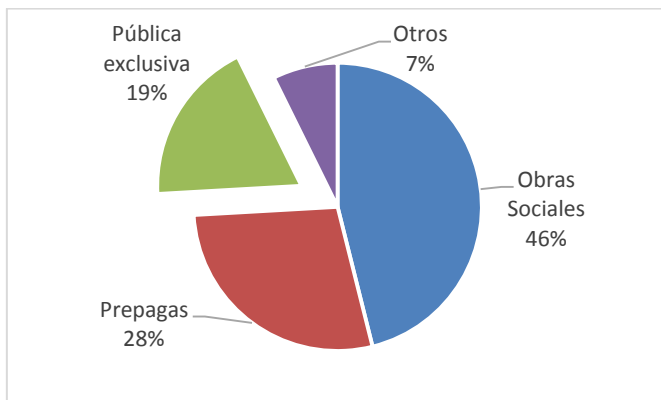
La ciudad se encuentra dividida en quince comunas, que son unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial.

División comunal de la ciudad de Buenos Aires.



Cada comuna incluye los subsiguientes barrios: **1.** Constitución, Monserrat Puerto Madero, Retiro, San Nicolás, San Telmo; **2.** Recoleta; **3.** Balvanera, San Cristóbal; **4.** Barracas, La Boca, Nueva Pompeya, Parque Patricios; **5.** Almagro, Boedo; **6.** Caballito; **7.** Flores, Parque Chacabuco; **8.** Villa Lugano, Villa Riachuelo, Villa Soldati; **9.** Liniers, Mataderos, Parque Avellaneda; **10.** Floresta, Monte Castro, Vélez Sarsfield, Versalles, Villa Luro, Villa Real; **11.** Villa del Parque, Villa Devoto, Villa General Mitre, Villa Santa Rita; **12.** Coghlan, Saavedra, Villa Pueyrredón, Villa Urquiza; **13.** Belgrano, Colegiales, Núñez; **14.** Palermo; **15.** Agronomía, Chacarita, Parque Chas, Paternal, Villa Crespo, Villa Ortúzar.

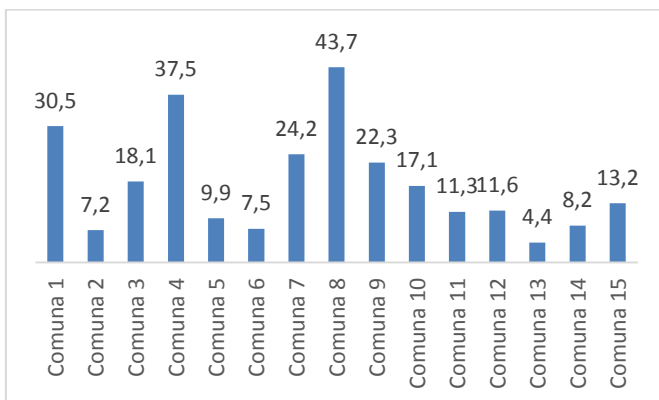
Gráfico 1. Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica, CABA, 2018.



Fuente: Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2019.

En cuanto al tipo de cobertura en salud de la población residente en la ciudad (2018), el 80% tenía obra social o prepaga (Gráfico 1) y el 18,7% cobertura pública exclusiva. Sin embargo, cuando se desagrega este indicador por comuna se observan profundas diferencias (Gráfico 2).

Gráfico 2. Porcentaje de población con cobertura pública exclusiva, por comuna, CABA, 2018



Fuente: Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2019.

Para tomar los valores extremos, se observa que la Comuna 13 (Belgrano, Colegiales, Nuñez) cuenta con un porcentaje de población con cobertura pública exclusiva de 4,4%, número que contrasta con el 43,7% de la Comuna 8 (Villa Lugano, Villa Soldati, Villa Riachuelo) (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019).

Como se irá viendo a lo largo del informe, estas diferencias tienen gran peso en el volumen de la demanda que reciben los establecimientos en función de su emplazamiento territorial. Es importante señalar que, en líneas generales, la localización de los hospitales y fundamentalmente la de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) ha ido respondiendo y compensando esta desigualdad existente en la ciudad, de modo que la mayoría de los establecimientos se ubican en la zona sur, donde habita la mayor cantidad de población con cobertura pública exclusiva.

Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente

El análisis de la fecundidad marca el ritmo de crecimiento de la población. Se vincula con el número de hijos tenidos por las mujeres durante su vida fértil (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019).

La “tasa global de fecundidad” (TGF) representa el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante el período fértil tuvieran hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y que no estuvieran expuestas a riesgo de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. La **fecundidad de reemplazo** se refiere a la **fecundidad** mínima necesaria para que una población cerrada (las migraciones se entienden aparte) se mantenga indefinidamente en el tiempo sin disminuir su volumen, y suele cifrarse en 2,1 hijos por mujer como promedio.

La TGF de la ciudad de Buenos Aires se mantiene a lo largo del período 1990/2018 **por debajo del nivel de reemplazo** (que como fue dicho es de 2,1 hijo por mujer). El valor para el año 1990 fue de 2,08 y adoptó para 2018 el valor de 1,53 hijo por mujer. Este descenso ha sido entonces constante y lento.

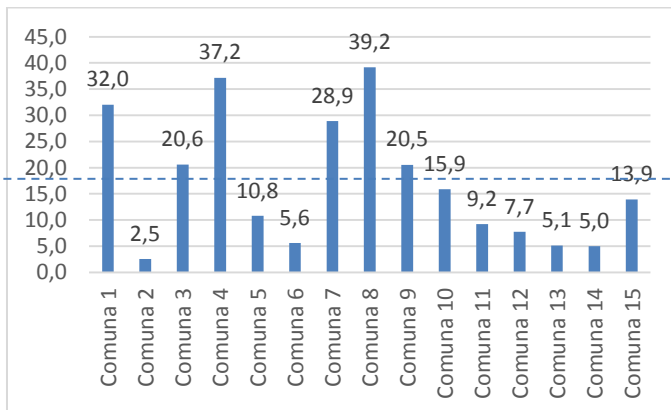
Otro indicador a tener en cuenta es la “tasa de fecundidad adolescente” (TFA), esto es la cantidad de adolescentes (15 a 19 años) que tuvieron un hijo cada mil mujeres del mismo grupo etario. Esta tasa era para el año 2018 de 19,4, es decir cada 1000 jóvenes de 15 a 19 años, 19,4 fueron madres¹ (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019).

En el Gráfico 3, esta tasa promedio se encuentra representada por la línea horizontal punteada que

¹ La TFA se informa de modo anual para el total de la ciudad. Para el caso de la información por Comunas, la misma se informa por trienio.

atraviesa todas las columnas. Este número, que muestra el fenómeno en toda la ciudad, debe ser analizado por comuna, pues como ya fue dicho las diferencias socioeconómicas son muy importantes y tienen impacto en todos los temas que tratamos.

Gráfico 3. Tasa de fecundidad adolescente (*1000) por comuna y TFA promedio, CABA, trienio 2016-2018.



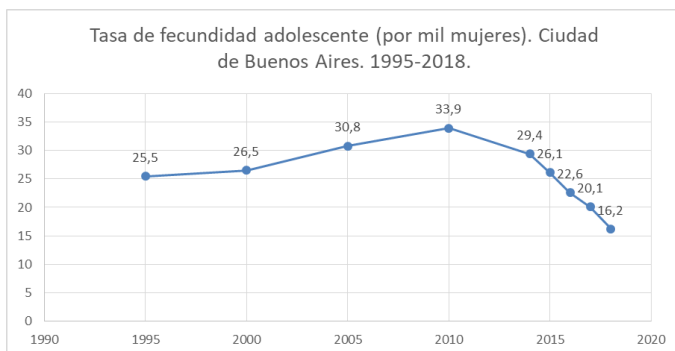
Fuente: Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2019.

Para el trienio 2016-2018, la tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) para el grupo 15 a 19 años varía desde un 2,5 en la Comuna 2 (la de mejores indicadores socioeconómicos) hasta un 39,2 en la Comuna 8 (la más postergada). Es decir que la tasa de la comuna

con niveles más altos es 16 veces mayor que la que presenta los niveles más bajos de fecundidad adolescente.

El comportamiento de la TFA en la ciudad ha sufrido modificaciones muy importantes en los últimos años, como se muestra en el Gráfico 4.

Gráfico 4. Tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres), Ciudad de Buenos Aires, 1995-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información brindada por el Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 2019.

En el gráfico se muestran las variaciones ocurridas entre los años 1990 y 2018. El valor máximo de la tasa fue de 33,9 en el año 2010, momento en el que inicia un descenso abrupto que la lleva al valor de 16,2 para el último año del que se tiene registro, el 2018.

La diferencia entre la tasa del año 2017 (20,2 por mil) y la de 2018 (16,3 por mil) fue de 3,9 puntos menos. El descenso en la Ciudad es casi idéntico al que se produjo a nivel nacional, donde el promedio de la tasa en 2017 había sido de 53,1 por mil y en 2018 fue de 49,2 por mil.

El análisis de los cambios de la TFA por Comuna al interior de la ciudad de Buenos Aires permite afirmar que la misma bajó en todas las Comunas, con particular énfasis en las Comunas que cuentan con mayor cantidad de población con cobertura pública exclusiva, es decir las más pobres. Los descensos más pronunciados fueron entonces en la comuna 8 (bajó 6,3 puntos), la comuna 1 (6,1 puntos), la comuna 4 (5,6 puntos) y la comuna 7 (4 puntos).

Este descenso en la fecundidad adolescente se observa también al analizar los “partos por edad de la madre”, ocurridos en las maternidades públicas de la ciudad en los últimos cuatro años (2016-2019), como se mostrará en el apartado siguiente.

Nacimientos de mujeres residentes y partos en hospitales públicos

Para conocer la situación sobre nacimientos y partos en la ciudad contamos con dos fuentes de información complementaria². La provista por la Dirección General de Estadísticas y Censos (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019) que informa sobre las características de los nacimientos ocurridos en **mujeres residentes** y la provista por la Dirección de Materno Infancia que permite conocer el número y algunas características de los partos ocurridos en las maternidades públicas de la ciudad, que incluyen a mujeres residentes y no residentes de CABA.

² Caracterizamos la información como “complementaria” pues un tercio de las mujeres residentes tienen el parto en hospitales públicos, lo que representa el 52% de los partos ocurridos en maternidades públicas porteñas.

La ciudad de Buenos Aires registró para el año 2018 un total de 34.640 nacimientos en mujeres residentes. En la Tabla 3 se puede observar el detalle del número de nacimientos por Comuna para la serie 2014-2018 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019). Los rasgos más destacados de la Tabla son el descenso interanual en el número de nacimientos, así como el hecho de que este descenso ocurre en todas las comunas de la ciudad, y con más fuerza en aquellas con mayor proporción de población con cobertura pública exclusiva (las comunas 8, 4, y 7).

Tabla 1. Nacimientos por comuna, CABA, 2014-2018.

Comuna	2014	2015	2016	2017	2018
Total	42.709	40.913	38.954	35.021	34.640
1	3.273	3.282	3.127	2.854	2.829
2	1.840	1.770	1.707	1.597	1.598
3	2.775	2.572	2.501	2.254	2.184
4	4.147	4.020	3.615	3.288	3.311
5	2.239	2.101	2.173	1.789	1.745
6	2.264	2.105	2.098	1.896	1.764
7	3.879	3.735	3.391	3.069	2.983
8	4.244	4.038	3.597	3.246	3.138
9	2.456	2.464	2.178	1.918	1.998
10	2.090	2.070	1.980	1.757	1.632
11	2.261	2.218	2.135	1.825	1.798
12	2.929	2.563	2.591	2.298	2.293
13	2.919	2.778	2.731	2.554	2.449
14	2.951	2.860	2.891	2.602	2.576
15	2.442	2.337	2.239	2.074	2.112

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales. Nacimientos ocurridos y registrados en la Ciudad.

De los 34.640 nacimientos ocurridos en mujeres residentes en el año 2018, el 66,3% (22.966) tuvo lugar en establecimientos de salud privados y el 33,2% (11.500) en establecimientos públicos. En la Tabla 2 se muestra el detalle de la cantidad de nacimientos por comuna y por tipo de establecimiento, lo que permite volver a mostrar las grandes diferencias que conviven en la ciudad. En la Comuna 8 por ejemplo, la proporción promedio de la ciudad está invertida: prácticamente el 70% de los nacimientos ocurrieron en establecimientos públicos y sólo un 30% en establecimientos privados.

Tabla 2. Nacimientos por comuna y por tipo de establecimiento, CABA, 2018.

Comuna	Total, nacidos vivos	Establecimiento público (%)	Establecimiento privado (%)
	34.640	33,2	66,3
1	2.829	49,0	50,7
2	1.598	8,6	91,2
3	2.184	31,3	68,1
4	3.311	57,4	42,3
5	1.745	21,7	77,4
6	1.764	12,1	87,4
7	2.983	49,6	50,2
8	3.138	69,9	29,9
9	1.998	49,7	49,9
10	1.632	32,7	67,0
11	1.798	19,2	80,1
12	2.293	12,0	87,3
13	2.449	7,8	91,6

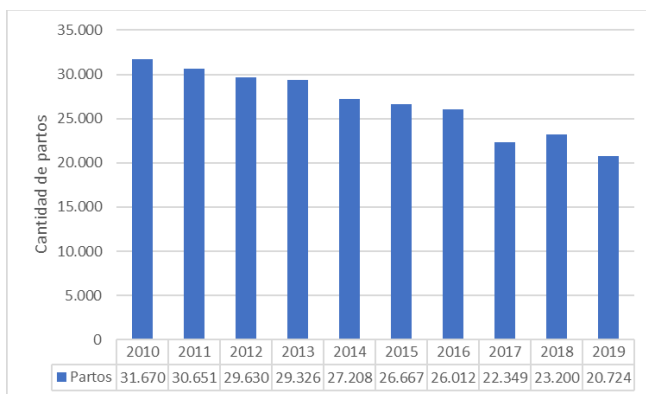
14	2.576	9,2	90,5
15	2.112	21,8	77,2
Ignorado	230	40,9	59,1

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas, GCBA). Estadísticas vitales.

Para mejorar el análisis de la situación en materia de partos en la ciudad es preciso introducir la información relevada a través del Sistema Informático Perinatal (SIP) por la Dirección de Materno Infancia del Ministerio de Salud del GCBA.

En el Gráfico 5 se observa el número de partos ocurridos en las maternidades públicas entre 2010 y 2019.

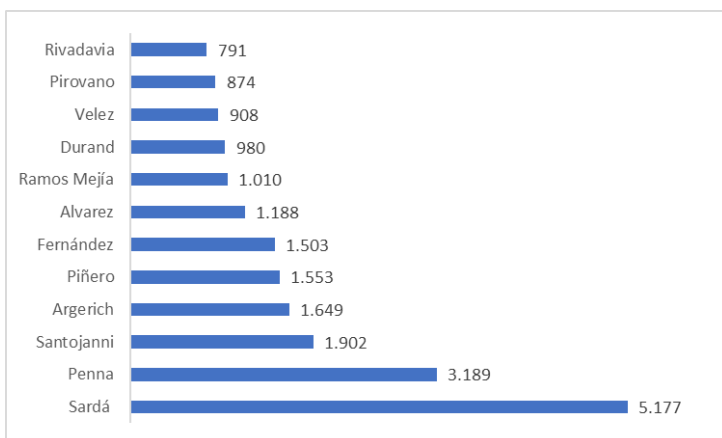
Gráfico 5 Evolución del número de partos en maternidades públicas de CABA, 2010-2019.



Fuente: Sistema de Información Perinatal (SIP). Dirección de Materno Infancia. Ministerio de Salud. GCBA. 2020

El número de partos descendió de 31.670 reportados en 2010 a 20.724 reportados en 2019. En el Gráfico 6 se muestra el detalle del número de partos ocurridos en 2019, en cada una de las 12 maternidades del sistema de salud público.

Gráfico 6. Nacimientos por maternidad, CABA, 2019.



Fuente: Sistema Informático Perinatal. Dirección de Materno Infancia. Ministerio de Salud. GCBA. 2020

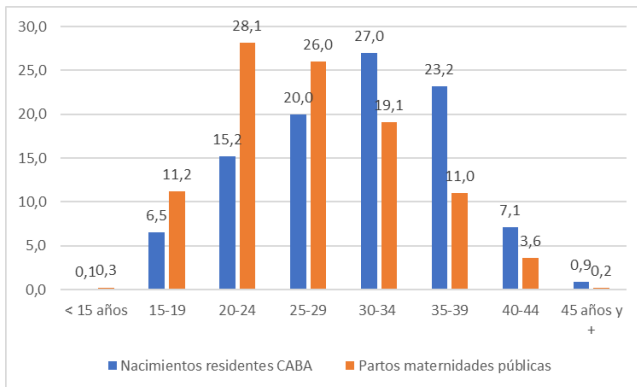
El mayor número de partos (5.177) correspondió a la Maternidad Sardá. La misma concentra un cuarto de los nacimientos en las maternidades públicas.

Tanto la Dirección de Estadísticas y Censos, que informa sobre los nacimientos en **mujeres residentes**, como el SIP, que muestra información sobre los partos ocurridos más allá del lugar de residencia de la madre, recuperan la edad de las mujeres al momento del parto.

Esto permite, por un lado, confirmar que el descenso en la TFA que se detectó a través de los nacimientos en **mujeres residentes** también sucedió en la proporción de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron su parto en una maternidad pública porteña. Para el año 2016 el 14,9% de los partos fueron en mujeres de 15 a 19 años, porcentaje que disminuyó a 11,5% en el año 2019. La proporción de partos en mujeres adolescentes para 2019 (11,5%) es prácticamente el doble que la proporción de mujeres residentes que fueron madres en 2018 (6,5%) (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019).

Las diferencias en la “estructura de edad” de las mujeres residentes que tuvieron niños y las mujeres residentes y “no residentes” que tuvieron un parto en las maternidades públicas no se restringe al grupo de las mujeres de 15 a 19, como se muestra en el Gráfico 7.

Gráfico 7. Comparación de nacimientos en residentes y nacimientos en maternidades públicas por edad de la madre, expresado en porcentajes, CABA, 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por Dirección de Estadísticas y Censos (2019) y Dirección de Materno Infancia (2020).

Es preciso tener presente en primer lugar que los dos “grupos” no son mutuamente excluyentes, pues un tercio de los nacimientos en mujeres residentes están

incluidas en el grupo de las mujeres que tuvieron el parto en establecimientos públicos.

El gráfico muestra con claridad que hasta el grupo de 25 a 29 años están sobre representadas las mujeres de hospital público. Así, por ejemplo, el 28,14% de los partos en maternidades públicas fueron en mujeres de 20 a 24 mientras que, en residentes, este grupo sólo representó el 15,2% de los nacimientos. Este hecho se revierte a partir del grupo siguiente (30 a 34) donde aumenta la participación de las mujeres residentes. El 27% de las mujeres residentes tuvo un nacimiento entre los a 30 y 34 años, y esto sólo ocurrió en el 19% de las mujeres que tuvieron parto en maternidad pública.

Estimación de población objetivo para el aseguramiento de insumos

Las fuentes para construir la “población universo” se obtienen de modo anual a partir de la información provista por la Dirección General de Estadísticas y Censos (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2019):

- Mujeres de 15 a 49 años (proyecciones de los datos del Censo 2010).
- Con cobertura pública exclusiva (discriminado por comunas).

Para construir la “población objetivo” se siguieron los criterios que utilizó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires (Programa de Salud Sexual y Reproductiva. PBA, 2017). Así, a la “población universo” se le realizan una serie de descuentos que permiten mejorar desde el punto de vista cualitativo el concepto de “población objetivo para uso de métodos anticonceptivos”, en la medida en que contempla que no todas las mujeres, durante un año

determinado, buscarán esta prestación. En la Tabla 3 se sintetizan los criterios y el cálculo para el año 2019.

Tabla 3. Población universo y población objetivo a ser cubierta con provisión de métodos anticonceptivos en servicios públicos de salud de la ciudad de Buenos Aires, 2019.

Indicador	Cantidad
Población universo: Mujeres de 15 a 49 años que solo tienen cobertura pública de salud	140.498
Mujeres embarazadas ^a	8.646
Mujeres que buscan un embarazo ^b	8.641
Mujeres que no pueden tener hijos ^c	2.726
Mujeres que creen que no pueden quedar embarazadas ^d	3.484
Población Objetivo	117.001

Fuente: Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Observaciones:

- ^a Se obtiene de aplicar a la cantidad de nacidos vivos durante 2018 en hospitales públicos (cuyas madres viven en CABA), un factor de ajuste que contempla la diferencia entre los 12 meses del año y los 9 meses del embarazo ($x = 0,75$). Los nacidos vivos en establecimientos públicos de la CABA cuya madre reside habitualmente en la CABA fueron 11.528.
- ^b Las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos (MAC) en Gran Buenos Aires (GBA) fueron el 80,6%, por lo tanto, las que no utilizan MAC representan el 19,4%. De ese 19,4%, el 31,7% no lo utiliza porque busca embarazo (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Ese porcentaje representa el 6,15% del total de la población destinataria.
- ^c Del 19,4% de mujeres del GBA que no utilizan MAC, el 10% representa a aquellas mujeres que no pueden tener hijos (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Por lo tanto, representan el 1,94% de nuestra población destinataria.
- ^d Del 19,4% de mujeres del GBA que no utilizan MAC, el 12,8% representa a aquellas mujeres que creen que no pueden quedar embarazadas (INDEC/Ministerio de Salud de la

Nación, 2013). Por lo tanto, representan el 2,48% de nuestra población destinataria.

ACCIONES PROGRAMÁTICAS

Esta dimensión se refiere al desarrollo institucional del Programa o la respuesta en SSyR que da la ciudad en sus diferentes niveles de implementación, desde los ministerios o nivel central hasta los establecimientos del sistema público de salud —de primer y segundo nivel—, que son diferentes espacios donde se produce el encuentro entre las/os usuarias/os y los equipos que garantizan las prestaciones. Algunos de los indicadores aquí incluidos son la **canasta de insumos** en salud sexual y reproductiva (variedad de opciones, volumen y composición de los insumos adquiridos que fueron efectivamente distribuidos) y la **cantidad de establecimientos** que brindan respuesta, esto es las “puertas de entrada” o “puntos de acceso”.

Nivel Central

En cuanto a la “canasta de insumos”, el Programa cuenta con una variedad muy amplia constituida por los métodos que provee la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, a los que se agregan dos productos provistos de modo exclusivo por el Ministerio de Salud porteño.

Los productos que conforman la canasta del Programa son:

- Anticonceptivos orales combinados
 - Etinilestradiol 0,030 mg, Levonorgestrel 0,150 mg
 - Etinilestradiol 0,020 mg, Levonorgestrel 0,100 mg
 - Etinilestradiol 0,020 mg, Gestodeno 0,075 mg
- Anticonceptivos orales para lactancia
 - Desogestrel 0,75

- Levonorgestrel 0,030 mg
- Inyectable mensual
- Inyectable trimestral
- Anticoncepción hormonal de emergencia
- Dispositivo Intra Uterino (DIU)
 - Tcu 380
 - MULTILOAD
- Implante subdérmico
- Sistema Intra Uterino (SIU)-LNG3
- Test de embarazo
- Tratamientos de misoprostol para realizar las ILE en los CESAC. Los hospitales compran a través de sus presupuestos los tratamientos de misoprostol que requieren⁴.

En el año 2019 hubo una mayor inversión del Ministerio de Salud del GCBA destinada a aumentar la provisión de métodos de larga duración (DIU, implantes subdérmicos y SIU), en particular de implantes subdérmicos, decisión que como veremos más adelante, ha tenido impacto al lograr un aumento geométrico de la cobertura (véase apartado Utilización de Servicios).

Desde el año 2001 la ciudad cuenta con más de 200 puestos fijos desde los cuáles la población puede retirar de modo gratuito y libre preservativos y gel lubricante. Esta red incluye a los establecimientos públicos del sistema de salud y a organizaciones de

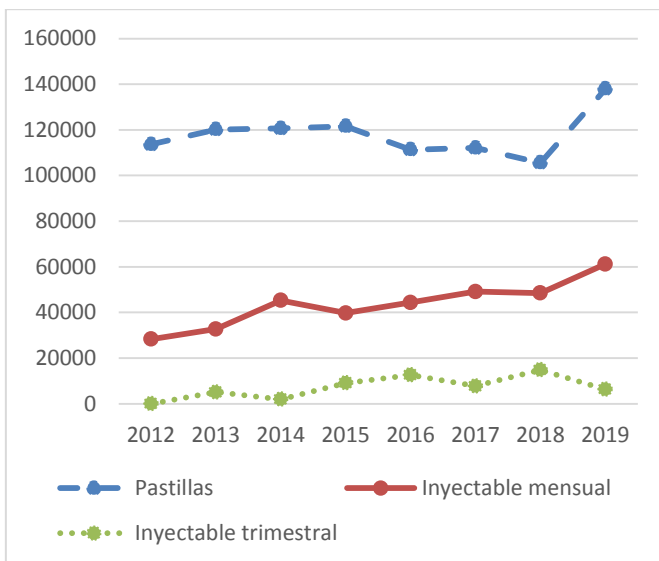
³ El SIU es el único método anticonceptivo de la canasta que se coloca por indicación médica debido al alto costo que tiene al momento de la redacción del presente informe.

⁴ En 2019 se comenzó a proveer también desde la CSSSeITS a los hospitales de la zona sur, que son los que realizan la mayor cantidad de intervenciones.

la sociedad civil. En 2019 fueron distribuidos 8.881.920 preservativos y sobres de gel lubricante.

En los Gráficos 8 y 9 se observa la comparación 2012-2019 de la cantidad de tratamientos comprados y distribuidos. La distribución de métodos anticonceptivos de corta duración (pastillas e inyectables) se mantuvo relativamente estable hasta el año 2018 y mostró un importante repunte en el año 2019 (ver Gráfico 8). Esta mejora no se pudo obtener para el caso del inyectable trimestral por causa de ausencia de proveedores del método, tanto en el nivel nacional como en el municipal.

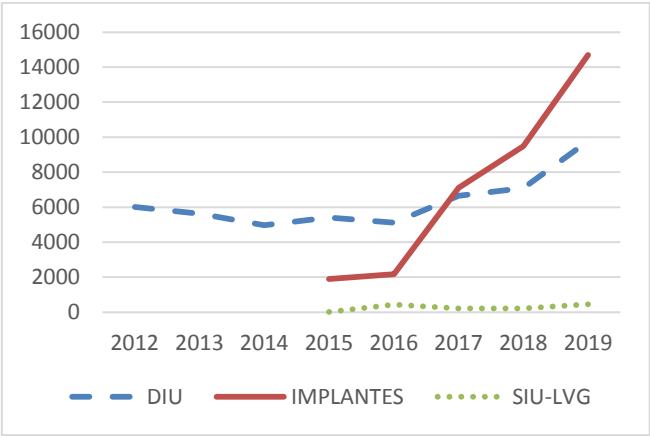
Gráfico 8. Distribución de métodos de corta duración, tratamientos, CABA, 2012-2019



Fuente: Elaboración propia con base en los recibos de recepción de insumos por parte del nivel nacional y las órdenes de compra emitidas durante el año 2019. CSSSeITS. 2020.

En cuanto a los métodos de larga duración (Gráfico 9), en el año 2019 se profundizó la tendencia creciente de los implantes y siguió aumentando la distribución de los DIU. La cantidad de SIU permanece estable pues, como ya fue dicho, es el único método de la canasta que no puede ser elegido por la usuaria, siendo sólo colocado por indicación médica.

Gráfico 9. Distribución de métodos de larga duración, unidades, CABA, 2012-2019



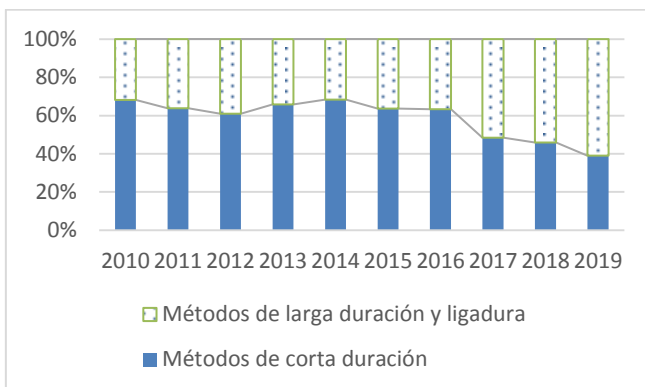
Fuente: Elaboración propia con base en los recibos de recepción de insumos por parte del nivel nacional y las órdenes de compra emitidas durante el año 2019. CSSSeITS. 2020.

Uno de los indicadores de calidad de la respuesta en salud sexual y reproductiva refiere a la proporción que existe entre los métodos de corta y larga duración que los Programas ofrecen a las usuarias. Esto se debe a que los

métodos de larga duración tienen mayor eficacia y adherencia (Trussel, Contraceptive efficacy, 2011).

En el Gráfico 10 se muestra la serie 2010-2019 de los métodos que proveyó el Programa, en función de su duración. Así, entre 2010 y 2016 la proporción de métodos de larga duración osciló entre un 23% y un 31%. En 2017 ascendió a un 44% y en 2019, a un 60%, de este modo se logró que más de la mitad de los métodos provistos a las mujeres fueran de larga duración.

Gráfico 10. Proporción de los métodos provistos en función de su duración, CABA, 2006-2019.

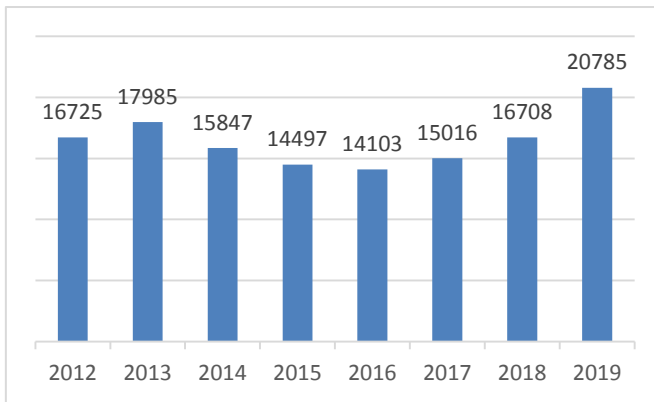


Fuente: Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS. 2020.

El otro insumo que experimentó también una mayor demanda por parte de los establecimientos en 2019 fue la anticoncepción de emergencia (ver Gráfico 11). Este insumo había logrado un pico máximo de distribución en el año 2013, con 17.985 tratamiento, y luego sufrió un descenso que comenzó a revertirse lentamente en 2017

dando un importante salto en 2019 con 20.785 tratamientos distribuidos.

Gráfico 11. Distribución de tratamientos de anticoncepción de emergencia, CABA, 2012-2019.



Fuente: Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS. 2020.

Finalmente, fue también muy importante el incremento, con respecto a los años anteriores, en la compra y distribución de tratamientos de misoprostol. En 2016 fueron 359 tratamientos, en 2017 fueron 1475

tratamientos, en 2018 fueron 4698 y en 2019 se distribuyeron 7246 tratamientos.⁵

Nivel local

Puntos de acceso o puertas de entrada

El subsistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires cuenta con una extensa red de establecimientos de diferentes niveles de complejidad (centros de salud y acción comunitaria, centros médicos barriales, hospitales generales de agudos y hospitales especializados), que son **de acceso universal y gratuito**.

Un indicador importante referido al tipo de acceso que brinda un Programa de SSyR es la cantidad de “puertas de entrada” o “puntos de servicios” a través de los cuales la población puede recibir las prestaciones (OMS/UNFPA, 2009).

Para el año 2019 era posible acceder a las prestaciones en SSyR a través de 69 establecimientos, de acuerdo al siguiente detalle: 45 centros de salud y acción comunitaria; el Centro Odontológico Boca-Barracas; 13 hospitales generales de agudos (HGA); el Hospital Grierson; la Maternidad Sardá; 3 hospitales especializados infanto-juveniles; 4 hospitales de Salud Mental y el hospital especializado en Infecciosas Francisco Muñiz.

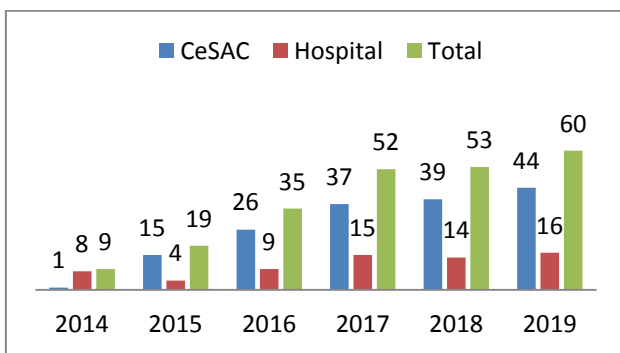
Es decir que la respuesta en SSyR estaba instalada en todos los CeSAC de la Ciudad, en todos los HGA, en la Maternidad Sardá y en algunos de los hospitales especializados.

En el Gráfico 12 se puede observar el aumento en el número de establecimientos que daban respuesta a la ILE entre los años 2014-2019, según tipo de establecimiento.

⁵ Cada tratamiento equivale a 12 comprimidos. Los números expresan cantidad de tratamientos y no de comprimidos.

En 2014, ocho hospitales reportaron por lo menos una ILE y lo mismo hizo un CeSAC. Es decir que en 2014 fueron en total 9 establecimientos los que reportaron por lo menos una ILE. En 2019 se observa que el número total de establecimientos pasó a 60, de los cuales 44 fueron CeSAC y 16, hospitales.

Gráfico 12. Establecimientos que dan respuesta a ILE, por tipo de establecimiento y total, CABA, 2014-2019.



Fuente: Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, 2020.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Refiere al “encuentro” entre el Programa (mediado por los equipos que trabajan en los establecimientos de salud) y las personas usuarias, y permite dar cuenta de forma aproximada del porcentaje de cobertura sobre la población destinataria en lo referido al acceso a los métodos anticonceptivos y de las interrupciones legales del embarazo. Algunos indicadores de esta dimensión son: **cantidad de insumos distribuidos** por el Programa a los establecimientos, **estimación de cantidad de personas cubiertas** a partir de los métodos distribuidos y beneficiarias/os de anticoncepción quirúrgica y **cantidad y calidad de la atención de las interrupciones legales de embarazo** realizadas. Las fuentes fueron los registros administrativos de la CSSSeITS referidos al movimiento de insumos y las planillas que con carácter semestral envían

los establecimientos con la información sobre anticoncepción quirúrgica e ILE.

Utilización de servicios I: Provisión de métodos anticonceptivos

Con el objetivo de estimar la cobertura que brinda el Programa en materia de métodos anticonceptivos, se utilizan dos indicadores que permiten medir los alcances para un año determinado: “mujeres con cobertura completa” y “años mujer protegida”⁶ (Tobar, marzo de 2019). Cada uno de estos indicadores se construye a través de procedimientos diferentes, que serán explicitados en este apartado.

Ambos métodos se basan en distintos tipos de cálculos cuya fuente de información son los registros de la CSSSeITS sobre insumos distribuidos a los establecimientos, es decir que se trata de **modos indirectos** de estimar el acceso.

La estimación de cobertura a partir de los insumos distribuidos tiene ventajas y limitaciones. Explicitamos algunas de ellas:

- **LIMITACIONES:** el acceso se mide de modo indirecto; los establecimientos, en particular los hospitales, dispensan un volumen muy importante de “muestras gratis” que no hemos podido mensurar a la fecha y en ese sentido habría un subregistro de los métodos de corta duración efectivamente entregados (pastillas e inyectables); de acuerdo a diferentes estudios, es posible estimar que entre un 23% (UNICEF, 2014, pág. 68) y un 30% (INDEC/Ministerio de Salud de la Nación, 2013, pág. 16) de las mujeres utilizan como método anticonceptivo exclusivo el preservativo. Dado que

⁶ A partir del año 2019 sólo se utilizará el indicador “cantidad anual de mujeres protegidas”.

la Ciudad tiene una política de distribución a través de dispensers (en 2019 se distribuyeron más de 8 millones de preservativos), no ha sido posible registrar a este grupo de mujeres que reciben anticoncepción de modo gratuito, es decir que esta es una nueva fuente de subregistro de la población efectivamente cubierta. En cuanto a la medicación perdida o vencida, el cálculo por indicador de “mujeres con cobertura completa” no lo considera, mientras que el de “cantidad anual de mujeres protegidas” lo tiene en cuenta, asumiendo en una de sus hipótesis de estimación que un 15% de los métodos que son distribuidos a los establecimientos, no llega a las usuarias por pérdidas de insumos y/o vencimientos (Tobar, marzo de 2019).

- **FORTALEZAS:** los/las referentes de los equipos ocupados de la SSyR en cada uno de los establecimientos realizan el pedido de insumos al nivel central cada dos meses. El mismo se realiza a partir de los faltantes de stock ocasionados por las entregas a la población y en líneas generales el Programa envía aquello que le es solicitado⁷. Esta modalidad de distribución de insumos le da credibilidad a la información. Por otro lado, los indicadores permiten establecer comparaciones con el mismo criterio para todos los establecimientos que participan de la respuesta y también establecer comparaciones interanuales. El indicador “años mujer protegida”, al considerar no sólo el volumen de los métodos distribuidos sino también su

⁷ Los únicos momentos en los que se no se envían las cantidades solicitadas por los equipos son aquellos en los que se registra alguna clase de faltante en el nivel central. El ejemplo más claro de los últimos años fue el caso de los inyectables trimestrales.

duración, su eficacia y la adherencia a ellos en función de parámetros universalmente aceptados (Trussel, Contraceptive efficacy, 2007) (Trussell & Wynn, 2008) (Tugswell, Bennet, Sackett, & Haynes, 1985) (USAID), brinda una estimación más ajustada de la protección que da el Programa. Por último, al momento de realizar este análisis, la estimación de cobertura a partir de insumos distribuidos es el único indicador del que se dispone.

Metodología para estimar el alcance de la respuesta utilizando el indicador “mujeres con cobertura completa”

Esta metodología de estimación se comenzó a utilizar en 2016. Es un indicador que llamamos “transversal” pues permite estimar para un año a cuántas mujeres se pudo cubrir con la cantidad de insumos distribuidos. Para ello se transforman los insumos distribuidos en “tratamientos completos” a partir de las siguientes equivalencias:

- Cada 13 blísters de pastillas, 1 mujer.
- Cada 12 inyectables mensuales, 1 mujer.
- Cada 4 inyectables trimestrales, 1 mujer.
- Cada 7 blísters de anticoncepción para la lactancia se considera “media persona”. Por ello se considera una persona con cobertura completa cada 14 blísters.
- Los DIU, los implantes y los SIU se consideraron un método, una persona.
- Las ligaduras tubarias se consideran también una ligadura, una persona.

Así, si consideramos los métodos distribuidos y las ligaduras realizadas es posible estimar que durante el 2016 se habrían brindado cobertura completa a 26.835

mujeres; en el 2017 a 32.033; en el 2018 a 36.022 y en el 2019 a 44.418 mujeres.

El incremento del indicador está vinculado a la siguiente sinergia positiva: por un lado, cada año se compran y distribuyen más insumos a los establecimientos y por otro, a que los establecimientos han logrado aumentar el acceso a más usuarias.

El indicador “mujeres con cobertura completa” tiene como una de sus grandes limitantes que no logra captar los años de protección “diferida” que ofrecen los métodos de larga duración. Es por este motivo que se construyó un segundo indicador para estimar la población alcanzada y la cobertura lograda, que es el modelo de “**años de mujer protegida**”, que se presenta a continuación.

Metodología para estimar alcances de la respuesta usando el indicador “Años de Mujer Protegida”⁸

Para estimar la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se desarrolló un modelo paramétrico en el que se considera como variable independiente la **cantidad de cada método entregado a la población**, como variable dependiente la **población efectivamente cubierta con métodos anticonceptivos**, y como variables intervinientes la **eficacia clínica observada para cada método**, los años de

⁸ Informe Técnico elaborado por Federico Tobar de UNFPA-LACRO a pedido de la CSSSeITS (Tobar, marzo de 2019).

mujer protegida y la **adherencia observada al año**. Véase la Tabla 4.

Tabla 4. Fuentes de información para el análisis paramétrico de uso efectivo de métodos anticonceptivos.

Variable	Fuente de información
Cantidad de métodos anticonceptivos disponibles	CSSSeITS-MS-GCBA
Duración de la protección provista por cada método	Años pareja protegida (APP)
Eficacia clínica de cada método	Trussel, J. (2007) y Singh, S. & Darroch, J. (2012)
Adherencia observada al año en el uso de cada método	Trussell, James & Wynn, L.L. (2008)
Uso efectivo de cada método	UNFPA-LACRO (2017) en base a Tugswell, P.; Bennet, K.J.; Sackett, D.L.; Haynes, B. (1985)

Fuente: UNFPA-LACRO, 2018.

En la Tabla 5 se presenta la matriz resultante para análisis de la efectividad en el uso de cada uno de los métodos anticonceptivos modernos que son cubiertos por la CSSSeITS.

Tabla 5. Matriz para el análisis de uso efectivo de cada método anticonceptivo moderno cubierto por el Ministerio de Salud de la CABA.

Método	Unidad de medida	(A) Duración en APP	Eficacia observada (uso)	Adherencia observada (D)	Efectividad (A) * (B) * (C)	Años duración
ACO	un ciclo	0,07	0,98	0,68	0,04	1,00
Inyectable mensual	un vial	0,08	0,99	0,56	0,04	1,00
Inyectable trimestral DMPA	un vial	0,25	0,97	0,56	0,14	1,00
DIU T Cobre	un DIU	1,00	1,00	0,78	0,78	5,00
Condón masculino	un	0,01	0,85	0,53	0,01	1,00

	condón					
SIU	un SIU	1,00	1,00	0,80	0,80	5,00
Implante subdérmico Etonogestrel 68mg	un implante	1,00	0,97	0,84	0,81	3,00
Ligadura Tubaria	un procedimiento	1,00	1,00	1,00	1,00	10,00

Fuentes: UNFPA-LACRO, 2018. **(A)** USAID, Couple Years of Protection (CYP), sin fecha, sitio visitado el 6 de mayo de 2012. **(B)** Trussel, J. (2007) "Contraceptive efficacy". En: Hatcher, R. et al. Contraceptive technology, 19 th ed. New York. Ardent Media. Capítulo 27. **(C)** Trussell, James & Wynn, L.L. (2008). "Reducing Unintended Pregnancy in the United States". Contraception Editorial January 2008. Disponible en: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/january-2008> **(D)** APP Efectivos = $D * E * F$ Según el método propuesto por Tugwell, P.; Bennet, K.J.; Sackett, D.L.; Haynes, B. The measurement iterative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefits and costs of health interventions. *J Chronic Dis* 1985;38:339-51.

Para cada año se calculó una mujer por cada método de larga duración (DIU, SIU, implante y ligadura tubaria) y se proyectó para los años siguientes la protección brindada en años en función de la duración estimada para cada uno de estos: DIU: 5 años, SIU: 5 años, implante: 3 años y ligadura tubaria: 10 años.

Estimación de población cubierta⁹

Para realizar la estimación de la población cubierta con utilización efectiva de anticonceptivos modernos y ligaduras tubarias provistos por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el método paramétrico trabaja con dos hipótesis, la Hipótesis 1 (ver Tabla 6 y Gráfico 13) asume que el 15% de los métodos distribuidos no fue dispensado a la población. La

⁹ Informe Técnico elaborado por Federico Tobar de UNFPA-LACRO a pedido de la CSSSeITS (Tobar, marzo de 2019).

Hipótesis 2 (ver Tabla 7 y Gráfico 14) realiza las estimaciones partiendo del supuesto de que todos los métodos fueron aprovechados por la población.

Tabla 6. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través de cada método anticonceptivo moderno, CABA, 2010-2019.
Hipótesis 1. El 15% de los métodos anticonceptivos distribuidos no es dispensado a la población.

Método	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACO	6334	4997	4368	4612	4633	4666	4280	4310	4064	5210
Inyectable mensual	1472	1015	1028	1189	1644	1444	1610	1784	1762	2222
Inyectable trimestral	0	0	0	587	224	1046	1451	892	1709	932
DIU	8917	12712	16687	16574	19444	22826	21802	22413	23119	25868
Preservativo	2978	2819	2838	2511	2691	2417	2270	1437	1152	1666
SIU						14	305	447	594	901
Implante						1318	2819	7742	14311	23175
Ligadura	3447	4719	5817	7083	8410	9585	10818	12167	13380	15008
Año mujer protegida	23148	26263	30738	32556	37047	43315	45355	51191	60089	74982

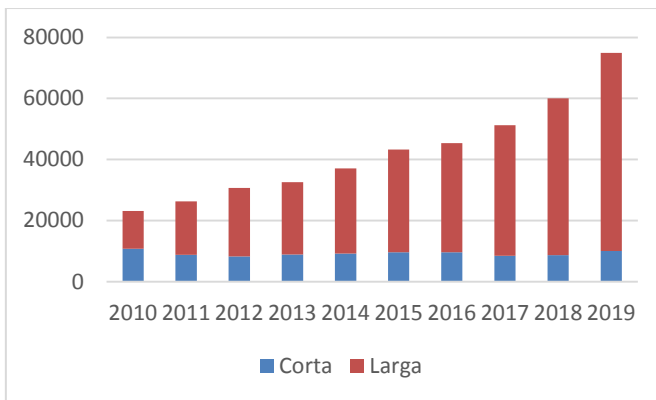
Tabla 7. Cantidad de usuarias efectivamente protegidas a través de cada método anticonceptivo moderno, CABA, 2010-2019.
Hipótesis 2. Todos los métodos anticonceptivos distribuidos son dispensados a la población.

Método	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ACO	7452	5879	5139	5426	5451	5490	5035	5070	4781	6129
Inyectable mensual	1732	1194	1210	1399	1935	1698	1894	2099	2072	2614
Inyectable trimestral	0	0	0	691	264	1230	1707	1049	2010	1096
DIU	10490	14956	19632	19498	22875	26854	25650	26368	27199	30433
Preservativo	3504	3317	3339	2954	3166	2843	2671	1690	1356	1960
SIU						16	358	526	699	1060
Implante						1551	3316	9109	16836	27265
Ligadura	3447	4719	5817	7083	8410	9585	10818	12167	13380	15008
Año mujer protegida	26624	30065	35136	37051	42100	49267	51449	58078	68332	85566

En los gráficos 13 y 14 se observa la evolución de la población cubierta con métodos anticonceptivos modernos por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires desde 2010 a 2019.

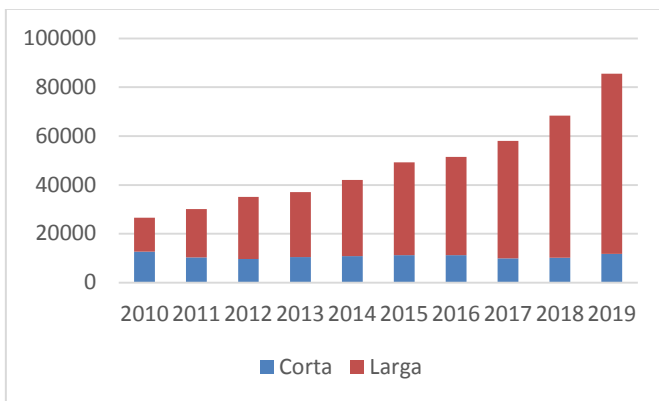
Ambos gráficos permiten ver el alto impacto que representó la introducción de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARCS). Entre 2015 y 2019 el motor que impulsa la expansión de la cobertura fueron los implantes y en segundo lugar el repunte de los DIU.

Gráfico 13. Hipótesis 1: El 15% de los métodos anticonceptivos distribuidos no es dispensado a la población.



Fuente: CSSSeITS, 2020.

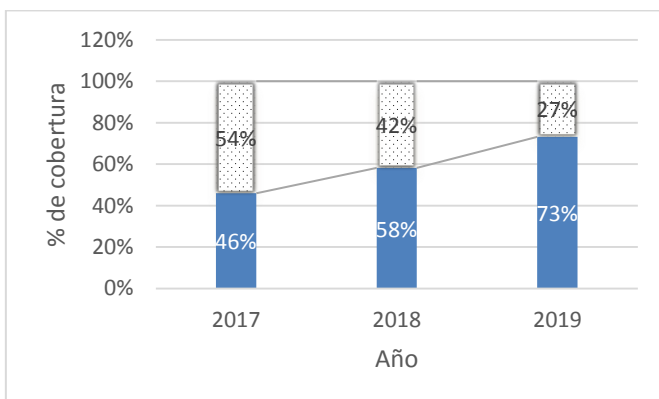
Gráfico 14. Hipótesis 2: Todos los métodos anticonceptivos distribuidos son dispensados a la población.



Fuente: CSSSeITS, 2020.

En síntesis, para una población objetivo de 117.520 mujeres, la cobertura brindada en 2019 oscilaría entre 74.982 mujeres, que representan al 64% de la población objetivo (hipótesis 1), y 85.566 mujeres, que representan el 73% de la población objetivo (hipótesis 2). Esta proporción supera la estimada para los años anteriores, tal como se muestra en el Gráfico 15.

Gráfico 15. Proporción de la población objetivo cubierta con MAC. 2017-2019

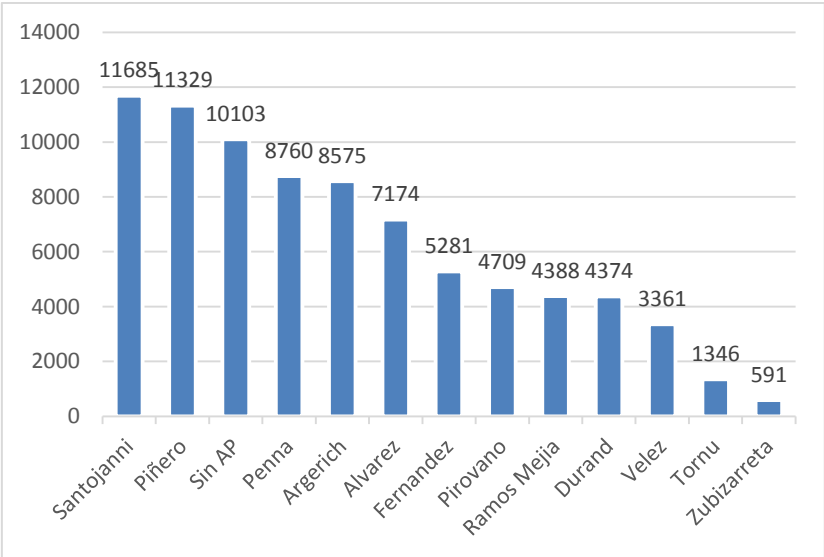


Fuente: CSSSeITS, 2020.

En el Gráfico 16 se muestran los Años de Mujer Protegida que brindó cada una de las Áreas Programáticas (HGA y CeSAC) en las que se encuentra organizada la ciudad.

Las mayores cantidades se corresponden con las Áreas Programáticas de los Hospitales Santojanni (14% con 11.685 Años Mujer Protegida) y Piñero (14% con 11.329 Años Mujer Protegida). Ambas áreas se ubican en la zona sur de la ciudad. El 12% (10.103 Años Mujer Protegida) corresponde a lo que en el gráfico se etiquetó como “Sin AP” lo que representa el aporte de los Hospitales Especializados. Se destaca por el volumen la Maternidad Sardá y en segundo lugar el Hospital Rivadavia. Siguen en cantidad de Años Mujer Protegida las áreas que corresponden también a la zona sur de la ciudad (Penna, Argerich y Álvarez). Las áreas con menor proporción se corresponden a las de las zonas centro y norte de la ciudad.

Gráfico 16. Años mujer protegida. Por Área Programática. 2019.



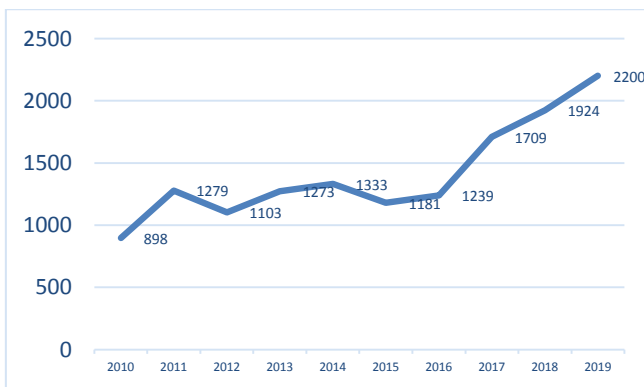
Fuente: CSSSeITS, 2020.

Anticoncepción quirúrgica

En la ciudad de Buenos Aires, la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía) se realiza exclusivamente en los Hospitales Generales de Agudos y en la Maternidad Sardá. La fuente de esta información son los reportes semestrales realizados por los establecimientos, que para el caso de las ligaduras informan además de la cantidad, el momento de realización de las mismas.

En el Gráfico 17 se observa el aumento creciente de ligaduras ocurridas entre los años 2010 y 2019. Para el 2019 las ligaduras fueron 2.200.

Gráfico 17. Cantidad de ligaduras tubarias por año, CABA, 2010-2019.

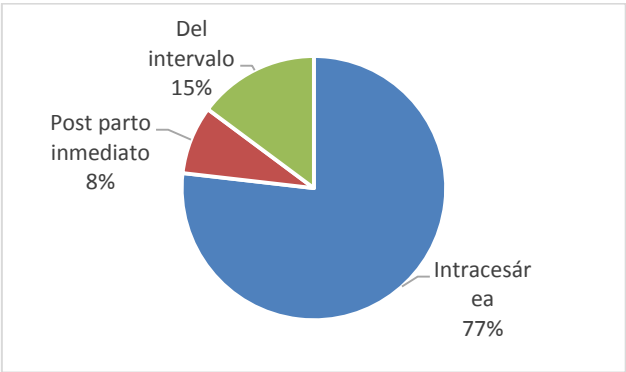


Fuente: Elaboración de la CSSSeITS en base a informes semestrales enviados por hospitales, 2019.

En cuanto al momento de realización de las 2.200 ligaduras (ver Gráfico 18) realizadas en el año 2019, el 77% de las mismas fueron realizadas “intra cesárea”, el 15% (“del intervalo”) tuvieron lugar fuera del momento del parto/cesárea y un 8% se realizaron en el post parto inmediato.

Es decir que el 85% de las ligaduras se realizan de modo inmediato a la terminación de la cesárea o parto, lo que marca por un lado la importancia que tienen como método anticonceptivo inmediato al evento obstétrico (AIPE) y por otro la dificultad todavía existente para realizar ligaduras fuera de esta situación.

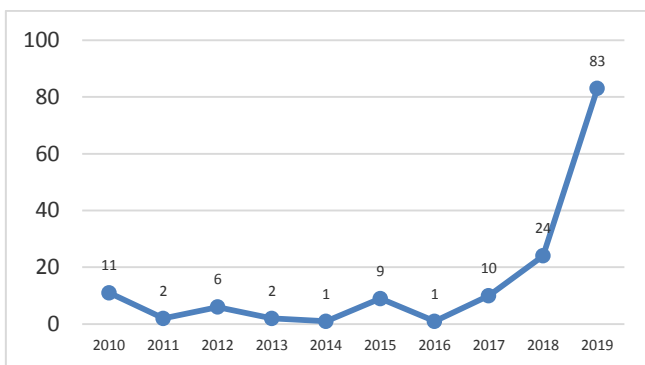
Gráfico 18. Ligadura tubaria según momento de realización. CABA. 2019. N: 2200



Fuente: CSSSeITS, 2020

En cuanto a las vasectomías (Gráfico 19), el número de intervenciones realizadas es muy pequeño, aunque se destaca un incremento en el último año, así como un ligero aumento en el número de establecimientos hospitalarios que reportaron por lo menos una intervención.

Gráfico 19. Cantidad de vasectomías anuales, CABA, 2010-2019



Fuente: Elaboración de la CSSSeITS en base a informes semestrales enviados por hospitales, 2020.

Utilización de servicios II: Acceso a la interrupción legal del embarazo

Ante una consulta por embarazo no deseado, el/la médico/médica y equipo que recibe a la persona evalúa en primer lugar el encuadre de la situación, esto es si la situación presentada es susceptible de encuadrarse en alguna de las causales que habilita la ley para la interrupción.

En el caso de que la situación se encuadre como una interrupción legal, la respuesta a la misma será brindada en un establecimiento de primer nivel o de segundo nivel, siguiendo la política de red de cuidados progresivos que estructura la atención de la salud de la población dentro del sistema público porteño.

En el primer nivel de atención (Centros de Salud y Acción Comunitaria), el procedimiento es ambulatorio y hasta las 12,6 semanas de gestación, tal como lo recomiendan las guías de procedimiento producidas en nuestro país (Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, 2019) y por la OMS (Organización

Mundial de la Salud, 2014). En estos casos, la interrupción se realiza con métodos farmacológicos —misoprostol— que era provisto hasta comienzos de 2019 de modo exclusivo por el Ministerio de Salud porteño a los CeSAC, a través de la CSSSeITS. En los comienzos de 2019 el Ministerio de Salud de la Nación inició envíos de misoprostol a la ciudad y también la CSSSeITS comenzó a ofrecer la medicación a los hospitales de zona sur y en casos excepcionales a los otros hospitales de la ciudad.

Las gestas mayores a 12,6 semanas se resuelven en el segundo nivel de atención (hospitales generales y Maternidad Sardá). Las situaciones que reciben son, en general, derivadas desde el primer nivel de atención y la interrupción se realiza durante la internación. Según la situación de la mujer y la capacitación y experiencia de los equipos intervinientes, se utiliza tratamiento farmacológico (con misoprostol) u otros métodos instrumentales, incluyendo el aspirado manual endouterino (AMEU) o el raspado uterino evacuador (RUE). Un objetivo referido a la calidad de la atención es la erradicación del legrado o RUE en el mediano plazo, tal como recomiendan los lineamientos internacionales (Ipas, 2018).

Indicadores para el monitoreo de la política de acceso a la ILE

La fuente de información que permite monitorear la política de acceso y calidad a ILE la constituyen las planillas electrónicas que de modo semestral envían a la CSSSeITS los establecimientos que participan de la respuesta. Allí se informa cada uno de los casos atendidos sin consignar ninguna variable que permita identificar a la mujer.

Teniendo en cuenta lo relativamente incipiente de esta política, y tomando como base la información que hemos podido procesar, proponemos un listado de indicadores

para monitorearla y evaluarla. Algunos de ellos permiten monitorear el acceso y otros permiten monitorear la calidad de la atención.

- a. **Indicadores de acceso:** son los vinculados a las nuevas puertas que se abren a partir de la capacitación de nuevos equipos; acceso por tipo de establecimiento (CeSAC y hospitales); ubicación geográfica (seguimiento por áreas programáticas); cantidad anual de intervenciones; causales en las que se encuadran; edad de las mujeres y edad gestacional con la que llegan y el modo en el que las mujeres toman conocimiento de la existencia de los establecimientos a los que acuden. En cuanto a la edad de las mujeres, se monitorea también el acceso de adolescentes (10 a 19 años).
- b. **Indicadores de calidad de la atención:** plazo de resolución; modo de resolución (farmacológico, AMEU y RUE) y provisión de métodos anticonceptivo post evento obstétrico (AIPE). Se monitorea también el tipo de método con el que se finaliza el proceso, siguiendo el criterio clasificatorio de métodos de corta y de larga duración.

Indicadores de acceso

El primer año del que se tiene registro centralizado sobre el acceso a ILE es 2014, cuando se incluyó el misoprostol en la canasta de insumos y se da inicio al pedido de información semestral a los establecimientos incluidos en la respuesta.

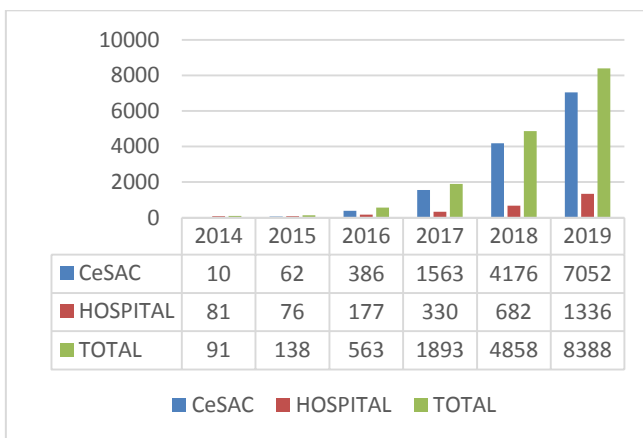
La decisión política de facilitar el acceso en edades gestacionales tempranas se plasmó en el criterio de que la compra fuera realizada desde el nivel central y destinada a los CeSAC. Para los casos atendidos en hospitales, el medicamento era adquirido por la institución a través de su sistema de compras. A partir de

enero de 2019, sin embargo, la compra de misoprostol desde el Ministerio se amplió para cubrir también las necesidades de los hospitales de la zona sur, por su mayor demanda.

Establecimientos que dan respuesta

En 2014, la respuesta se concentraba casi de modo exclusivo en dos hospitales generales de agudos (Álvarez y Argerich) y en un CeSAC; de este modo, el 89% de las situaciones fueron cubiertas por hospitales (Ver Gráfico 20). Este cuadro se fue revirtiendo de modo sostenido: en 2015 prácticamente la mitad de las situaciones ya eran asistidas en el primer nivel de atención y en 2016 se inicia la tendencia que confirma a los CeSAC como la principal puerta de acceso a las ILE. Para 2019, el primer nivel de atención dio acceso al 84% (7.052) de las 8.388 ILE realizadas en dicho año.

Gráfico 20. Cantidad de situaciones de ILE asistidas por tipo de establecimiento, CABA, 2014-2019.

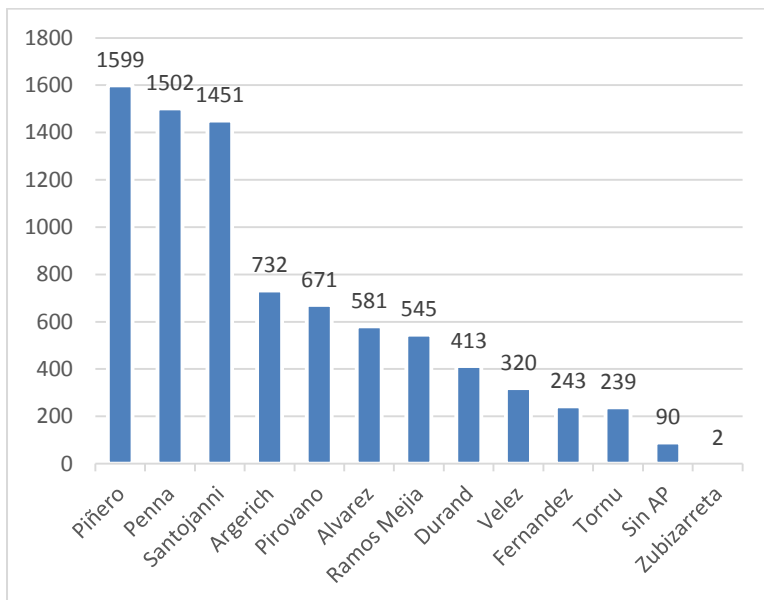


Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2020.

En el Gráfico 21 se refleja la proporción con la que cada una de las áreas programáticas aportó a la respuesta en

ILE en 2019, y se incluyen también los casos (1%) de los hospitales especializados que están fuera de las áreas programáticas (Maternidad Sardá, Hospital Rivadavia y los hospitales de niños Gutiérrez y Elizalde).

Gráfico 21. Acceso a ILE por área programática, CABA, 2019.



Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2020.

En el gráfico se puede observar, por un lado, que la respuesta a ILE en 2019 se encontraba presente en todas las áreas programáticas de la ciudad, lo que expresa la expansión de la política pública. Por otro lado, las de la zona sur (Piñero, Penna, Santojanni, Álvarez y Argerich) dieron respuesta al 63% de las situaciones, lo que muestra la demanda y la oferta de acceso aumentan en las comunas en las que es mayor la proporción de población con cobertura exclusiva del sistema público de salud. Es preciso destacar también el aumento en el número de casos que resolvieron las áreas

correspondientes a las zonas centro y norte de la ciudad, salto ocurrido en el último año.

Modo de llegada a la consulta por ILE

A fin de conocer los canales a través de los cuáles las personas tomaron conocimiento sobre la posibilidad de acceder a una ILE se incluyó en la planilla de registro del año 2019 una pregunta destinada a recabar esta información.

Para el caso de los CeSAC las modalidades más frecuentes fueron el haber sido recomendada por una persona conocida (32%); en segundo lugar, la persona llegó pues fue derivada por otro efector de salud (25%) y en el 20% de los casos la persona ya era usuaria del Centro de Salud. En menor proporción la llegada fue por la información que le brindó una organización de la sociedad civil, por la Línea 0800 de Salud Sexual del Ministerio de Salud de la Nación¹⁰ y por otros canales no especificados.

Muy diferentes son los modos de llegada de las usuarias a los Hospitales o establecimientos de segundo nivel los cuáles, como ya fue mencionado, son los equipos especializados en la resolución de gestas mayores a 12,6 semanas.

No sorprende entonces que la mitad de las personas (49%) llegó al Hospital derivada de otro efector de salud, que generalmente son los CeSAC del área programática, quienes derivan las gestas mayores que llegan al primer nivel hacia sus hospitales de referencia.

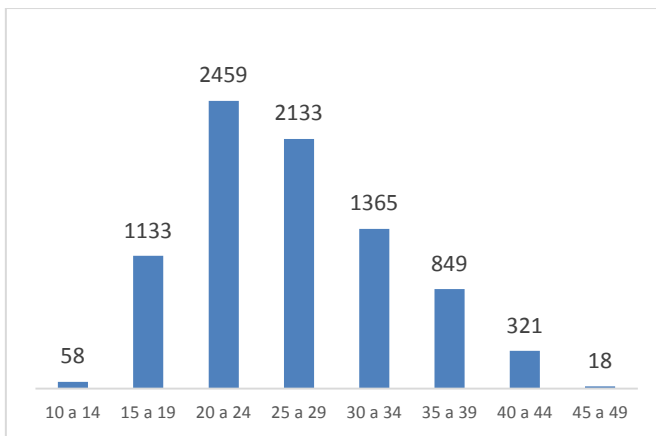
¹⁰ Las consultas o reclamos que recibe la Línea 0800 de Nación llegan al equipo de Salud Sexual y Reproductiva de la CSSSeITS y de allí se realizan las derivaciones que son requeridas.

Un cuarto de las mujeres eran ya usuarias del Hospital (24%), un 11% llegó recomendada por una conocida y con porcentajes menores se identifican también la llegada por la Línea 0800 (4%) y por una organización de la sociedad civil (2%).

Edad de las mujeres

Las personas que accedieron a una ILE en 2019 (Gráfico 22) tenían entre 8 y 49 años; los grupos más voluminosos fueron los de 20 a 24 años y 25 a 29 años. La edad promedio de las mujeres asistidas fue 26,5 años.

Gráfico 22 Distribución etaria de las mujeres que accedieron a ILE (N: 8336), CABA, 2019.



Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2019.

El 14% de las situaciones ocurrieron en adolescentes (10 a 19 años). De estas, 58 eran niñas que tenían entre 8 y 14 años y 1133, entre 15 y 19 años.

Tomando como referencia la definición de la OMS, que establece como adolescencia temprana la que va de 10 a 14 años y como adolescencia tardía la que se extiende entre los 15 y 19 años, se observa que, si bien hubo

consultas de adolescentes tempranas, la mayoría de los casos en población adolescente fue en las adolescentes tardías.

La “distribución de partos por edad de las mujeres en quinquenios relevada a partir del SIP 2019” por la Dirección de Materno Infancia del Ministerio de Salud permite comparar la estructura de edad de las mujeres que tuvieron un parto y aquellas que accedieron a una ILE en los establecimientos públicos del sistema de salud. Se muestran los resultados de la comparación en la Tabla 8 y en el Gráfico 23.

En la Tabla 8 se han volcado, para los diferentes grupos de edad (< 15 años, 15 a 19, etc.), la cantidad de casos ocurridos (N) y el porcentaje (%) que representan sobre el total de partos (19.676) e ILE (8.388), lo que permite comparar la estructura de edad de los dos eventos obstétricos.

Tabla 8. Partos e ILE ocurridos en establecimientos públicos por grupo de edad de las mujeres, CABA, 2019

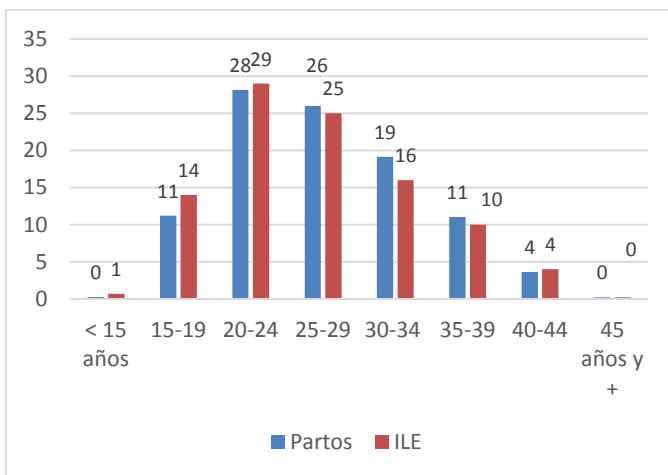
Estructura de edad	Partos en maternidades públicas. SIP (2019. DMI)		ILE (2019) asistidas por sistema público. CSSSeITS	
	N	%	N	%
< 15 años	50	0,25	58	0,7
15-19	2209	11,23	1133	14
20-24	5536	28,14	2459	29
25-29	5112	25,98	2133	25
30-34	3673	19,12	1365	16
35-39	2173	11,04	849	10
40-44	712	3,62	321	4
45 años y +	45	0,23	18	0,21
sin dato	76	0,39	52	0,6
Total	19676	100%	8388	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de información provista por SIP 2019 e información sobre acceso a ILE 2019.

Así, por ejemplo, en las menores de 15 años, 50 niñas tuvieron un parto, lo que representó el 0,25 de los 19.676 partos ocurridos. Para el caso de las ILE fueron 58 los casos en menores de 15 años, lo que representó el 0,7% de las 8.388 ILE.

En el Gráfico 23 se muestra la comparación de todos los grupos etarios para por dos eventos.

Gráfico 23. Partos e ILE sistema público, por grupo etario, expresado en porcentajes, CABA, 2019



Fuente: Elaboración a partir de la información provista por la Dirección de Materno Infancia. SIP 2019 y datos propios sobre ILE 2019.

Lo más destacable es la enorme semejanza en la estructura de edades de las dos poblaciones, es decir las que tuvieron un parto y las que tuvieron una ILE, con las siguientes excepciones:

- El caso de las menores de 15 años, que con 50 casos representaron el 0,25% del total de partos y con 58 casos representaron el 0,7% de los casos de ILE.
- El caso del grupo de 15 a 19 años que con 2.209 casos representó el 11,23% de los partos y con 1.133 casos el 14% de las ILE
- El caso del grupo de 30 a 34 años, que muestra una situación inversa a las mencionadas en las adolescentes. Con 3.673 casos representaron el 19% de los partos y con 1.365 casos, el 16% de las ILE.

Edad gestacional al momento de solicitar la ILE

El dato de la edad gestacional al momento de la primera consulta por interrupción legal del embarazo (Tabla 9) pudo ser recuperado en 8.169 del total de situaciones reportadas (Año 2019). De estas, el 87% (7.137) llegaron en el primer trimestre y el 13% (1.032) en el segundo trimestre de gestación. Los casos de embarazos más avanzados (superiores a 20 semanas) se tratan generalmente de situaciones de adelantamiento de parto vinculadas a la inviabilidad del feto.

Tabla 9. Distribución de las ILE por edad gestacional y tipo de establecimiento donde se realizó la primera consulta, CABA, 2019.

	=< 12,6 semanas	13-20 semanas	> 20 semanas	TOTAL
Hospital	673	595	55	1.323
CeSAC	6.464	358	24	6.846
TOTAL	7.137	953	79	8.169

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2020.

El 94% (6.464 casos) de las situaciones de ILE a las que dieron acceso los CeSAC fueron mujeres con gestas de hasta 12,6 semanas (Ver Tabla 9). En el caso de los hospitales, recibieron el 51% de los casos en el primer trimestre, el 45% de los casos con gestas mayores a 12,6 semanas y hasta 20, y un 4% corresponde a las gestas mayores a 20 semanas.

Causales en las que se encuadró la ILE

En nuestro país las interrupciones legales del embarazo se definen en función de las causales habilitadas por el Código Penal, estas son Causal Salud (física, psíquica y/o social), Riesgo para la Vida y Violación. Los casos de “feto incompatible con la vida” se pueden encuadrar en la Causal Salud, cuando se detectan antes de las 24 semanas de gestación. En los casos en los que la

interrupción se realiza luego de las 24 semanas, la misma se encuadra en los permisos que habilita la Ley 1044, conocida como “Ley de adelantamiento del parto”.

La causal (o causales) por la cual los equipos de salud dan lugar a la ILE surge de la información que intercambian con la mujer cuando llega al establecimiento. El equipo de salud puede identificar más de una causal para dar lugar a la ILE y por esto las causales no son categorías excluyentes.

Con respecto a las situaciones asistidas por los equipos de salud en los últimos cuatro años (2016-2019), se observa (Tabla 10) que la causal Salud es la más frecuentemente reportada; en segundo lugar, la causal Violación; en tercer lugar, la causal Riesgo para la vida y en un lejano cuarto lugar, la existencia de un feto incompatible con la vida.

Tabla 10. Causales de acceso a las ILE, CABA, 2016-2019

Causal	Año			
	2016	2017	2018	2019
Salud	364	1.460	4.300	7.372
Riesgo para la vida	45	221	336	611
Violación	169	363	578	858
Feto incompatible con la vida	25	49	71	101

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS. 2020.

Indicadores de calidad de la atención

Se presentan por último algunos indicadores que permiten conocer y monitorear la calidad de la atención

de las interrupciones legales del embarazo. Estos son: tiempo de resolución, uso de misoprostol para resolución de ILE en el primer nivel de atención, tipo de procedimientos farmacológico y/o instrumental (AMEU/RUE) a nivel hospitalario, provisión de método anticonceptivo luego del procedimiento (AIPE) y tipo de método provisto. Estos indicadores se monitorean desde 2016. Aquí se presentan los valores para el 2019.

Tiempo para la resolución de la ILE

El indicador “tiempo de resolución de la ILE” expresa la cantidad de días que transcurrieron entre la primera consulta de la mujer y la realización del procedimiento. Para obtener este valor, es preciso contar con la información referida a la edad gestacional al momento de la primera consulta y al momento de la interrupción. Esta información se pudo recuperar, para el año 2019, en 4.946 casos.

Tabla 11. Tiempo de resolución de las ILE (N: 4.946), CABA, 2019.

Tiempo en semanas	Cantidad de casos
Hasta 1 semana	3.156
1,1 a 2 semanas	693
Más de 2 semanas	1.097
TOTAL	4.946

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2020.

El valor mínimo de tiempo de espera fue de 0 semanas (es decir entre 0 y 6 días), el valor máximo fue de 12 semanas. El tiempo promedio de espera fue de una semana y cuatro días (11 días).

El 63% de las situaciones (3.156 casos) se resolvió en un plazo máximo de una semana; el 14% (693 casos) en dos

semanas y un 22% (1.097 casos) insumieron más de dos semanas.

Uso de misoprostol en el primer nivel de atención

En función de los lineamientos para la realización de ILE con uso de misoprostol exclusivo (Ipas, 2018), es esperable que la mayoría de las situaciones que se presentan en el primer nivel de atención (gestas de hasta 12,6 semanas) puedan ser resueltas con un tratamiento de 12 comprimidos.

El análisis de los casos atendidos en 2019 en el primer nivel (Tabla 12) mostró que en el 92% (5.452 casos) se utilizó un tratamiento (12 comprimidos) y en el 8% restante (487 casos) fue preciso suministrar más de 12 comprimidos.

Tabla 12. Tratamientos de misoprostol requeridos para realizar ILE en CeSAC (N: 5.939), CABA, 2019.

Cantidad de comprimidos	Cantidad de casos	Proporción
Hasta 12 comprimidos	5.452	92%
13 a 24 comprimidos	451	7,5%
25 y más	36	0.5%
TOTAL	5.939	100%

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2020.

Modalidad no farmacológica/instrumental de resolución de ILE

En nuestra ciudad, la modalidades no farmacológicas/instrumentales de resolución de las ILE sólo se realizan en los hospitales. Las más frecuentes son el Raspado Uterino Evacuador (RUE), definido como la realización de raspado

luego de la aplicación de misoprostol para completar el procedimiento, y la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), para la resolución de una ILE, ya sea como intervención inicial o como finalización de un tratamiento que se inició de manera farmacológica.

Sobre 1.336 ILE reportadas por los hospitales durante 2019, se informó que 276 casos fueron resueltos a través del uso exclusivo de misoprostol y se utilizó algún tipo de procedimiento instrumental en 706 casos (Tabla 13).

Tabla 13. Procedimientos instrumentales utilizados en hospitales para ILE (N: 706), CABA, 2019.

Procedimiento utilizado	Cantidad de intervenciones
AMEU	380
RUE	278
Otros	48
TOTAL	706

Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2020.

En el 54% de los casos (380 situaciones) se utilizó la AMEU, en el 39% (278 casos) se recurrió a la RUE y en un 6% (48 casos) se indica “otro”.

El monitoreo de este indicador en los últimos cuatro años muestra que la razón AMEU/RUE fue aumentando de modo progresivo a lo largo del tiempo, al mismo tiempo que los establecimientos de salud van logrando incorporar el procedimiento de la AMEU en su práctica habitual.

Provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico (AIPE)

La realización de consejerías para la elección de método anticonceptivo y la provisión de uno en el post aborto es

una práctica que refiere a la calidad de la atención que se brinda. Para el año 2019, la información sobre la provisión de métodos estuvo disponible en 5.134 casos, como se muestra en la Tabla 14.

Tabla 14. Provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico (AIPE) (N: 8.388), CABA, 2019.

Provisión de AIPE	Cantidad de casos
Sí	4.140
No	944
No aplica	50
Sin datos	3.254
TOTAL	8.388

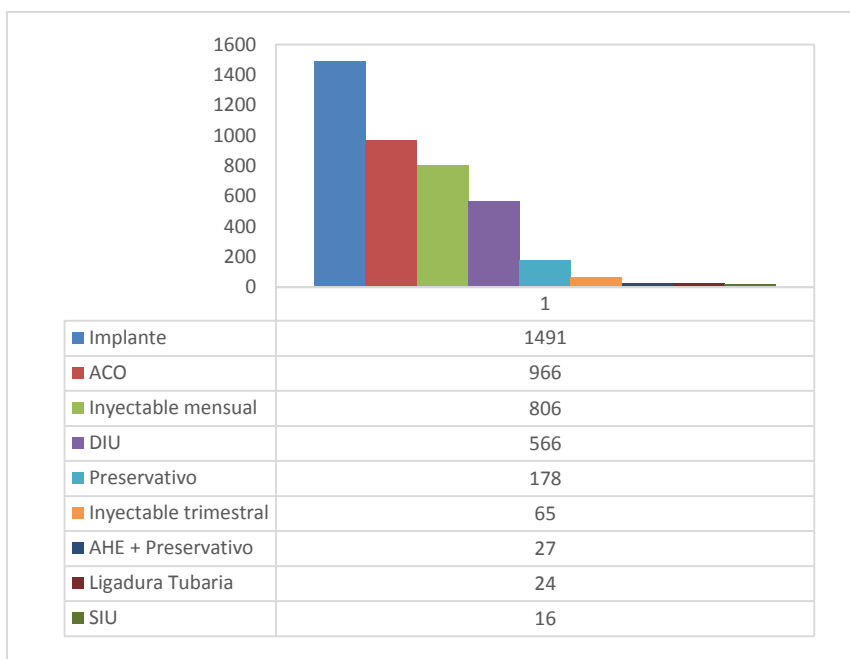
Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2020.

Los datos muestran entonces que, sobre 8.388 casos, se proveyó de un método al 49% (4.140) de las situaciones asistidas.

Método provisto

En los 4.140 casos en que se consignó la provisión de un método, se observa (Gráfico 24) que la primera elección (1.491 casos) fue el implante seguido en lejano segundo lugar por pastillas (966), inyectable mensual (806) y DIU (566). Los métodos restantes registran valores inferiores.

Gráfico 24 Método anticonceptivo provisto luego de la ILE (N: 4.140), CABA, 2019.

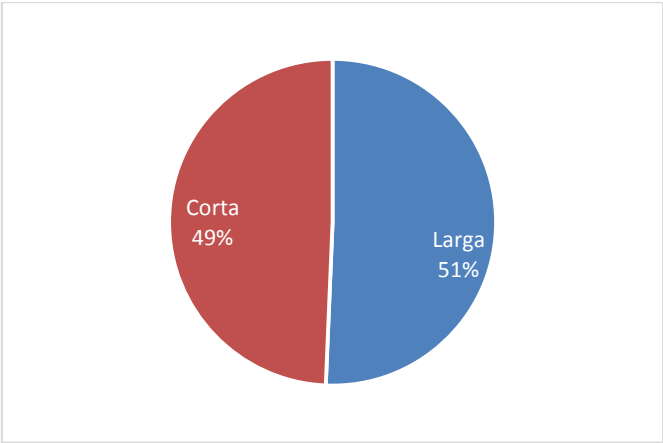


Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2020.

Si recurrimos a la clasificación de métodos de corta y larga duración, se observa (Gráfico 25) que más de la mitad (51%) de las mujeres adoptaron un método de larga duración y en el 49% de los casos uno de corta duración. Vale la pena destacar que en muchos casos las/os profesionales que completaron las planillas de registro de casos de ILE consignaron que se brindaba un método de corta duración como método transitorio para

la colocación de uno de larga duración, pero se ha seguido el criterio de registrar para este análisis el método efectivamente brindado a la mujer en el momento inmediato posterior a la realización de la ILE.

Gráfico 25. Métodos provistos en AIPE según su duración (N: 4.140), CABA, 2019



Fuente: Elaboración propia con base en los informes enviados por los establecimientos. CSSSeITS, 2020.

RESUMEN DE INDICADORES SOBRE LA SITUACIÓN Y RESPUESTA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Indicador	2016	2017	2018	2019	Observaciones
POBLACIÓN					
Se agrupan los indicadores que permiten caracterizar la población objetivo de la política pública					
Porcentaje de población porteña con cobertura pública exclusiva <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.</i>	18,7%	20%	18,7%	---	
Tasa Global de Fecundidad (hijos por mujer) <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.</i>	1,7	1,54	1,53	---	
Niños nacidos de mujeres de hasta 14 años <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos sobre la base de Estadísticas Vitales.</i>	31	24	23	---	Cantidad de niños nacidos de mujeres residentes de CABA menores a 15 años.
Proporción de niños nacidos de mujeres 15 a 19	5,3%	5,2%	4,2%	---	Proporción sobre el total de nacidos vivos de mujeres

años <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.</i>					residentes en CABA , cuyas edades eran entre 15 y 19 años.
Tasa de fecundidad adolescente 15 a 19 (x 1000) <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.</i>	22,7	20,1	16,2	---	
Cantidad de nacimientos de mujeres residentes <i>Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.</i>	38.954	35.021	34.640	---	
Población objetivo estimada <i>Fuente: CSSSeITS.</i>	...	126.468	117.520	117.001	Estimado del número de mujeres que tendrían que recibir métodos anticonceptivos en un año determinado.
ACCIONES PROGRAMÁTICAS Se refiere a desarrollos institucionales en los diferentes niveles de implementación de la respuesta en Salud Sexual y Reproductiva					
Canasta de insumos <i>Fuente: CSSSeITS.</i>	14 productos que incluyen 12 tipos de métodos anticonceptivos, test de embarazo y misoprostol				
Cantidad de puntos de servicio o establecimientos que brindan respuesta	66	67	69	69	Cantidad de establecimientos del sistema público de salud en los cuales hay al menos un

<i>Fuente: CSSSeITS.</i>					equipo que brinda respuesta en SSyR
Cantidad de establecimientos que brindan atención completa (todos los métodos e ILE)	36	52	53	60	Cantidad de establecimientos del sistema público de salud en los cuáles hay un equipo que brinda todas las prestaciones de SSyR (métodos de corta y larga duración y acceso a Interrupción Legal del Embarazo (ILE))
<i>Fuente: CSSSeITS.</i>					
Cantidad de tratamientos de misoprostol enviados al primer nivel de atención	380	1.474	4.700	7.246	Cada tratamiento equivale a 12 comprimidos.
<i>Fuente: CSSSeITS.</i>					
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS					
Indicadores que estiman las prestaciones brindadas por los establecimientos a las usuarias					
Años de Mujer Protegida con métodos anticonceptivos modernos					Número estimado de mujeres cubiertas de modo anual por un método anticonceptivo provisto por el sistema público de salud. Se basa en la distribución de insumos y el reporte de ligaduras tubarias enviado por los hospitales. Para el caso de los insumos se
<i>Fuente: CSSSeITS. Elaboración con base en el método paramétrico. (Tobar, Informe Técnico. Revisión de cálculos de la población objetivo y de la cobertura alcanzada con métodos</i>	Entre 45.355 y 51.449	Entre 51.191 y 58.078	Entre 60.089 y 68.322	Entre 74.982 y 85.566	

<p><i>anticonceptivos modernos brindados por la CSSSeITS-MS-GCBA, marzo de 2019)</i></p>					<p>consideran dos hipótesis: pérdidas del 15% o aprovechamiento de todo lo distribuido. Así se presentan para cada año dos valores que resultan de considerar las dos hipótesis.</p>
<p>Cobertura estimada de mujeres con métodos anticonceptivos</p> <p><i>Fuente: CSSSeITS. Elaboración con base en el método paramétrico. (Tobar, Informe Técnico. Revisión de cálculos de la población objetivo y de la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la CSSSeITS-MS-GCBA, marzo de 2019)</i></p>	---	<p>Entre el 40% y el 46% de la poblac. objetivo</p>	<p>Entre el 51% y el 58% de la poblac. objetivo</p>	<p>Entre el 64% y el 73% de la poblac. objetivo</p>	<p>Proporción de la población objetivo que habría accedido a un método anticonceptivo desde un establecimiento público de salud en un año.</p>
<p>Cantidad de Interrupciones Legales del Embarazo atendidas</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la</i></p>	538	1.899	4.858	8.388	<p>Número de situaciones asistidas de ILE por los establecimientos del sistema público de salud.</p>

CSSSeITS.					
<p>Proporción de las mujeres que accedieron a una ILE, que lo hicieron a través de un CeSAC</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</i></p>	69%	83%	86%	84%.	El indicador se propone monitorear el acceso a la ILE a través de los centros de salud del primer nivel de atención. Así por ejemplo, para el año 2019, sobre un total de 8395 ILE, el 86% accedió a través de un CeSAC.
<p>Proporción de adolescentes de 10 a 19 años sobre el total de mujeres que accedieron a una ILE</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</i></p>	22%	21%	16%	14%	El indicador se propone monitorear el acceso a la ILE de las adolescentes. Así por ejemplo para el año 2019, sobre un total de 8395 ILE, el 14% eran adolescentes que tenían entre 10 y 19 años.
<p>Proporción de las mujeres que accedieron a una ILE con Edad Gestacional “hasta 12 semanas”</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</i></p>	79%	83%	85%	88%	El indicador se propone monitorear el acceso a la ILE en edades gestacionales tempranas. Así por ejemplo, de las 8395 situaciones en el año 2019, el 88% de las mujeres llegaron al sistema con una edad gestacional menor o igual a las 12 semanas.

<p>Proporción de los casos de ILE que se resolvieron antes de las 2 semanas</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</i></p>	89%	87%	84%	78%	<p>El indicador se propone monitorear el tiempo transcurrido entre el momento en que la situación se encuadra como ILE y la misma se concreta. Así por ejemplo, para el año 2019, sobre un total de 8395 ILE, el 78% fueron resueltas en un lapso menor a las dos semanas.</p>
<p>Proporción de los casos de ILE resueltos con 12 comprimidos de misoprostol</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</i></p>	83%	82%	86%	92%	<p>Este indicador sólo se utiliza para monitorear las ILE realizadas en los Centros de Salud, con tratamiento farmacológico exclusivo. Así por ejemplo, para el año 2019, sobre un total de 7059 ILE realizadas en los Centros de Salud, el 92% pudo resolverse utilizando un máximo de 12 comprimidos de misoprostol.</p>
<p>Razón AMEU11/RUE12</p>	0,4	1,4	2	1,3	<p>El indicador sólo se utiliza para monitorear las ILE realizadas en Hospitales con procedimientos</p>

¹¹ Aspiración manual endouterina.

¹² Raspado uterino evacuador.

<p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</i></p>					<p>instrumentales. Para el año 2019 se realizaron 657 ILE con procedimiento instrumental, por cada RUE se hicieron 1,3 AMEU.</p>
<p>Proporción de mujeres que luego de acceder a una ILE recibieron en el post aborto un método anticonceptivo</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</i></p>	—	33%	49%	49%	<p>El indicador se propone monitorear la provisión efectiva de un método anticonceptivo a las mujeres a las que se les realizó una ILE</p>
<p>Proporción de mujeres que luego de la ILE recibieron un método de larga duración</p> <p><i>Fuente: informes semestrales reportados por los establecimientos procesados por la CSSSeITS.</i></p>	---	56%	44%	51%	<p>El indicador se propone monitorear la provisión de métodos de larga duración (DIU, Implante, SIU y ligadura tubaria) luego de una ILE. Así, para el año 2019, de 4.139 mujeres que recibieron un método anticonceptivo luego de la ILE, 2.097 adoptaron un método de larga duración.</p>

PARTICIPANTES

El presente trabajo reúne, sistematiza y analiza información producida por múltiples trabajadoras y trabajadores de salud de la Ciudad de Buenos Aires a lo largo de varios años. Su elaboración estuvo a cargo de Silvana Weller, responsable del componente Información para la gestión de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS.

Participaron de la recolección y análisis de los datos el Coordinador del equipo, Fabián Portnoy, junto a Fabiana Trillo, Graciela Giorgetti y Ariel Aguerrido (Gestión de Insumos para anticoncepción), Viviana Mazur y Laura Pistani (Interrupción legal del embarazo) y Ángeles Capresi (anti-concepción quirúrgica).

Además, colaboraron en la búsqueda, procesamiento y análisis de la información del año 2019 las residentes de la Residencia de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación Martina Pesce, Fiorella Ottonello y Pilar Bárcena.

Sin embargo, como se señala en el primer párrafo, nada de esto podría haberse realizado sin el aporte de las y los referentes e integrantes de los equipos de salud que, entre muchas otras tareas, recopilan y envían la información de la que se nutre el informe:

- Aldana Tesone
- Alejandra Butti
- Alejandra Guillermon
- Alicia Bracco
- Alicia Martínez
- Ana María Compan
- Analía Bruno
- Analía Messina
- Andrea Amoruso
- Andrea Benhabib
- Andrea Berra
- Andrés Eigelman
- Ángel Marcheto
- Ángeles Capresi
- Antonella Catanzaro
- Candela Castro
- Carlos Seglin
- Carlota López Kaufman
- Carolina Burgos
- Carolina Norymberg
- Carolina Siufi
- Cecilia López
- Cecilia Zunana
- Cintia Pelegrin
- Claudia Cremonese
- Claudio Odorico
- Dalila Camacho
- Daniela Faranna
- Ester Ashifu
- Eugenia Camera
- Eugenia Sapino
- Felicitas Hernández
- Fernanda Sio Menéndez
- Florencia Carra
- Florencia Crupi
- Florencia Salesi
- Florencia Tropeano
- Gabriela Oliva
- Gabriela Pérez Giambroni
- Gabriela Pundyk
- Gabriela Rodríguez
- Gilda Mara Diego
- Gladys Saladdino
- Graciela Abudara
- Graciela Alvarez
- Graciela Frontera
- Griselda Benitez
- Guadalupe Rolo
- Irene Bromiker
- Jacqueline Matzkin
- Jessica Camporino
- Jimena Gil Costa
- Jorge Charalambopoulos
- Josefina Pavón
- Juan Martin Calveti
- Julieta Galetar
- Karina Pannia
- Karina Terán
- Lara Salceek
- Laura Gomez
- Laura Rago
- Laura Turelli
- Leonardo Castañeira
- Leticia Andina
- Lia Rosa Goldenberg
- Libertad Binderman
- Lorena Gargiulo
- Lucía Perissé
- Luis Moreno
- Luli Waisman
- M. de los Angeles Goberna
- M. Gabriela Paz Fondevila
- M. Rosa Tomaselli
- Mabel Besada
- Magali Rensin
- Marcela Fadanelli
- Marcela Fernandez del Arco
- Marcela Invernizzi
- Maria Alicia Descalzo
- María Carpineta
- María del Carmen Vittulo
- María Delia Lobo Pernigotti
- María Eugenia Acevedo
- María José Faccini
- María Severino
- María Silvina Pérez
- María Smud
- Maria Sol Cabrera
- María Sol Ferraresi
- María Victoria Serantes
- Mariana Porchetti

- Mariana Saraceno
- Mariela Isoldi
- Mariela Lasalvia
- Mariela Sakamoto
- Marina Pasos
- Mario Mazeo
- Marta Amenta
- Maru Díaz Colodrero
- Mayra Miranda
- Mercedes Fidalgo
- Mercedes Sosa
- Miguel Huespe
- Minerva Barragán
- Moira Perkins
- Mónica Heredia
- Mónica Morgante
- Nancy G. Lopez
- Nancy Otsubo
- Natalia Manossian
- Natalia Villordo
- Nicolas Basanta
- Noelia Boiso
- Olga Richitelli
- Oscar Ruiz
- Patricia Garbarino
- Patricia Legarreta
- Patricia Rodríguez
- Patricia Rossi
- Patricio Delfino
- Paula Donadio
- Paula Real
- Paula Valentini
- Perla Kot Gorodecki
- Ricardo Sapia
- Roberto Hurtado.
- Romina Méndez
- Rosana Rubachevsky
- Sandra Pennella
- Sandra Rodríguez
- Sandra Vázquez
- Sebastián Crespo
- Sergio Strier
- Silvana Arroyo
- Silvana Maestri
- Silvia Báez
- Silvia Collar
- Silvia Fernández
- Silvia Lima
- Silvia Solari
- Silvia Spataro
- Soledad González,
- Soledad Monge
- Soledad Rapaport
- Soledad Salmain
- Sonia Alvarez
- Stella Rago
- Susana Petrillo
- Tomás Peralta
- Valeria Bulgach
- Valeria Montero
- Valeria Servetti
- Valeria Soto
- Verónica Botta
- Verónica García
- Verónica Iuliano
- Verónica Moreira
- Virginia Silvi
- Vivian Casella
- Walter Khon
- Yamilia Tettamanti
- Zulma Núñez

TRABAJOS CITADOS

- Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud. GCBA. (Enero de 2020). *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2016-2018*. Obtenido de Información sobre epidemiología y gestión en Salud Sexual, Sida e ITS:
<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/sexual-y-vih/datos-oficiales-salud-sexual-caba>
- Dirección de Materno Infancia. (2020). *Sistema Informático Perinatal*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Dirección General de Estadísticas y Censos. (2019). *Anuario Estadístico 2018*. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda.
- Dirección General de Estadísticas y Censos. (2019). *La fecundidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2017. Informe de resultados 1334*. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Finanzas. Buenos Aires Ciudad.
- INDEC/Ministerio de Salud de la Nación. (s/d de 2013). *Encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva 2013*. Recuperado el 22 de Enero de 2015, de
https://www.entrerios.gov.ar/dec/publicaciones/SALUD/2014_enssy_13.pdf
- Ipas. (2018). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. (2019). *Ministerio de Salud de la Nación Argentina*. Obtenido de Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Actualización 2019: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001792cnt-protocolo-ILE-2019-2edicion.pdf>

OMS/UNFPA. (2009). *Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados*. Ginebra: OMS.

Organizacion Mundial de la Salud. (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Montevideo. Uruguay.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva. PBA. (2017). *Definiciones y estimaciones de poblaciones para el Sistema de Aseguramiento de Insumos para mujeres. Nota metodológica 1/2017*. Provincia de Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Tobar, F. (marzo de 2019). *Informe Técnico. Revisión de cálculos de la población objetivo y de la cobertura alcanzada con métodos anticonceptivos modernos brindados por la CSSSeITS-MS-CABA*. Panamá: UNPFA-LACRO (Mimeo).

Trussel, J. (2007). Contraceptive efficacy. En Hatcher, R. et. al., *Contraceptive technology* (pág. Capítulo 27). New York: Ardent Media.

- Trussel, J. (2011). Contraceptive efficacy. En R. Hatcher, J. Trussell, A. Nelson, W. Cates, D. Kowal, & M. Policar, *Contraceptive technology: twentieth revised edition*. New York: Ardent Media.
- Trussell, J., & Wynn, L. (January de 2008). *Reducing Unintended Pregnancy in the United States. Contraception Editorial*. Obtenido de <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/january-2008>
- Tugswell, P., Bennet, K., Sackett, D., & Haynes, B. (1985). The measurement iterative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefits and costs of health interventions. *J Chronic Dis* 38, 339-351.
- UNICEF. (2014). *Argentina. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2011/2012. Informe Final*. UNICEF.
- USAID. (s.f.). *Couple Years of Protection (CYP)*. . Obtenido de <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/family-planning/couple-years-protection-cyp>